

LASTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHITYS VALTION OHJAUKSESSA

Hallintotiede
Pro gradu -tutkielma
Tammikuu 2013
Ohjaaja: Risto Harisalo

Arja Ruponen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamistieteiden laitos, hallintotiede
Tekijä:	ARJA RUPONEN
Tutkielman nimi:	Lasten terveyden edistäminen valtion ohjauksessa
Pro gradu -tutkielma:	88 sivua, 3 liitesivua
Aika:	Tammikuu 2013
Avainsanat:	Julkinen hallinto, julkiset palvelut, terveydenhuoltojärjestelmä, ohjaus, terveyden edistäminen, terveydenhoitotyö, neuvola, kouluterveydenhuolto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten valtion ohjaus on vaikuttanut lasten terveyden edistämisen kehitykseen Suomessa terveydenhoitotyön alkuvaiheilta, 1880-luvulta, 2010-luvun vaihteeseen. Kiinnostuksen kohteena on se, millaisin menetelmin neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa tapahtuvaa lasten terveydenedistämistyötä on Suomessa ohjattu ja kuinka palvelut ovat valtion ohjauksessa kehittyneet. Tutkimuksessa etsitään vastausta siihen, kuinka poliittishallinnollinen ohjaus vaikuttaa julkisten palvelujen toteutukseen.

Tutkimusaineisto koottiin lasten terveyden edistämistä ohjaavista laeista, asetuksista ja ohjeistuksista, lasten terveyden edistämisen ja terveydenhoitotyön historiakuvauksista, terveydenhoitotyötä kuvaavista aiempien tutkimusten tuloksista sekä terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa koskevasta kirjallisuudesta. Aineisto analysoitiin deduktiivisella, teorialähtöisellä sisällönanalyysillä useammassa vaiheessa. Tutkimusaineiston ajallinen analyysikehikko luotiin yhdistämällä kunnallishallinnon sekä terveydenhoitotyön kehitysvaiheita koskevien tutkimusten ajanjaksotukset. Ajallinen analyysikehikko muodostaa tutkimuksen rungon, lasten terveyden edistämisen kehitysvaiheet. Lasten terveyden edistämisen valtiollista ohjausta koskevista asiakirjoista etsittiin kunakin ajanjaksona käytössä olleet ohjauskeinot, jotka luokiteltiin Vedungin (2000) jaottelun mukaisesti normiohjaukseen, resurssiohjaukseen sekä informaatio-ohjaukseen sekä niiden alaluokkiin. Kulloisenkin ajanjakson ohjausmenetelmät taulukoitiin ja niistä muodostettiin ohjauksen kokonaishahmoa kuvaavat tyypit. Lasten terveyden edistämisen käytännön työn kehitystä kuvaavaa aineistoa kerättiin hoitotyön historiaa kuvaavista tutkimuksista, kirjallisuudesta sekä lähimenneisyyden tutkimustiedosta. Lasten terveyden edistämisen käytäntöä kuvaava tieto esitetään tutkimusraportissa tiivistettynä sanallisesti

Tämän tutkimuksen mukaan lasten terveyden edistämisen ohjauksen ja sen myötä myös palvelujen vaihtelu on ollut Suomessa suurta. Lasten terveyden edistäminen sai alkunsa kansalaisjärjestöjen toimista 1900-luvun taitteessa. Terveysseisarlaitos sai tuekseen velvoittavan normiohjauksen 1944, kun lapsikuolleisuuden torjuminen nostettiin kansallisesti tärkeäksi väestöpoliittiseksi tavoitteeksi. Terveysseisarlaitos laajeni ja vakiinnutti asemansa voimakkaan valtiollisen ohjauksen tuella. 1972 voimaan tulleen Kansanterveyslain myötä terveysseisartyön ammattikuntaakohtainen normiohjaus purettiin ja lasten terveyden edistäminen sulautui vähitellen osaksi terveyskeskusten vastaanottotoimintaa samalla kun toiminnan valtioohjausta kevennettiin. 1993 hallinnon uudistuksen yhteydessä päätösvalta terveyspalvelujen järjestämisestä hajautettiin kuntiin. Lasten terveydenedistämistyö rapautui kunnissa valtion ohjauksen heikennyttyä asteittain lähes olemattomiin, kunnes 2009 säädettiin kuntia voimakkaasti velvoittavat asetukset neuvola sekä kouluterveydenhuollon toiminnasta.

Tämän tutkimuksen tulos vahvistaa aiempien tutkimusten havaintoja siitä, että valtion ohjaus ei toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjauksen kehittäminen aiempaa suunnitelmallisemmaksi ja responsiivemmaksi olisi tarpeellista, jotta kansalaiset saavat yhdenvertaisia palveluja

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	6
2. TUTKIMUKSEN PÄÄVALINNAT	8
2.1. Tutkimuksen päätehtävän asettaminen	8
2.2. Tutkimuksen tieteelliset tavoitteet	12
2.3 Tutkimuksen näkökulman määrittäminen	15
3. TEOREETTINEN VIITEKEHYS	17
3.1. Tutkimuksen pääkäsitteet ja niiden väliset suhteet	17
3.2. Julkishallinnollisen järjestelmän rakenteet	18
3.2.1. Valtio ja keskushallinto julkishallinnon järjestelmässä	18
3.2.2. Kunnat julkishallinnon järjestelmässä	19
3.2.3. Terveystenhuoltojärjestelmä	20
3.2.4. Lasten terveyden edistäminen terveydenhuoltojärjestelmässä	21
3.3. Ohjaus julkisessa hallinnossa	22
3.3.1. Ohjauksen teoreettiset perusteet	22
3.3.2. Ohjausvälineet	24
3.3.3. Ohjauksen kokonaishahmo - hajautettu tai keskitetty hallinto	27
3.3.4. Terveystenhuoltojärjestelmän ohjaus	29
3.4. Kunnalliset palvelut julkishallinnon järjestelmässä	31
3.4.1. Kunnalliset peruspalvelut	32
3.4.2. Lasten terveyden edistäminen kunnallisissa palveluissa	32
3.5. Terveystenhuoltojärjestelmän toimintaan vaikuttavia ympäristötekijöitä	34
3.5.1. Terveystenhuoltojärjestelmän ulkokehällä olevia ympäristötekijöitä	35
3.5.2. Terveystenhuoltojärjestelmän sisäisiä ympäristötekijöitä	37
4. AINEISTON KERÄÄMINEN JA KÄSITTELY	39
4.1. Tutkimusaineiston kerääminen	39
4.2. Tutkimusaineiston analysointi	40
4.3. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	42

5. LASTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHITYS VALTION OHJAUKSESSA	45
5.1. Lasten terveyden edistämisen kehityksen ajallisen jaksotuksen rakentuminen	45
5.2. Lasten terveyden edistämisen alkuvaiheet - Kiertävien hoitajien aika itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä 1880-1923	47
5.3. Hajaannuksesta keskitetyn normiohjauksen aikaan - Terveyskeskuslaitos valtion paikallisviranomaisina toimivissa kunnissa 1924 - 1967	48
5.3.1. Terveyskeskuslaitoksen alkuvaiheet 1920- ja 1930-luvuilla	48
5.3.2. Terveyskeskuslaitoksen lakisääteistäminen 1940-luvulla	49
5.3.3. Terveyskeskuslaitos vakiintuu 1950-luvulta 1960-luvun alkupuolelle	51
5.4. Heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aika - Terveystoimien kehitys terveyskeskuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja	53
5.4.1. Kansanterveyslaki tuo terveydenhoitajat terveyskeskuksiin	53
5.4.2. Terveyskeskusten normi- ja resurssiohjauksen höllentyminen 1980-luvulta 1990-luvun alkuun	56
5.5. Hajaautetun informaatio-ohjauksen aika - Terveystoimien kehitys itsehallinnollisissa palvelukunnissa 1990-luvulta 2000-luvun ensivuosisikymmenelle	58
5.5.1. Terveystoimien kehitys hallintopolitiikan murroksessa 1990-luvulla	59
5.5.2. Laman vaikutukset lasten terveyden edistämiseen	61
5.5.3. Lasten terveyden edistämisen ohjaus 2000-luvun alun itsehallinnollisissa kunnissa	62
5.5.4. Lasten terveyden edistämisen käytäntö informaatio-ohjauksen aikana 2000-luvun alun itsehallinnollisissa kunnissa	64
5.6. Keskitetyn normiohjauksen paluu - Lasten terveyden edistäminen palvelukunnissa 2009 alkaen	67
5.6.1. Normiohjaukseen kypsyminen	67
5.6.2. Keskitetyn normiohjauksen paluu	70
5.7. Yhteenveto lasten terveyden edistämisen kehityksestä valtion ohjauksessa	73
6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	76
LÄHTEET	81
LIITTEET	89
LIITE 1. Lasten terveyden edistämistä ohjaavat lait ja asetukset sekä keskushallinnon ohjeistukset	89
LIITE 2. Lasten terveyden edistämistyötä kuvaavat tutkimukset ja selvitykset tässä tutkimuksessa	90

TUTKIMUKSEN TAULUKOT JA KUVAT

Taulukot

Taulukko 1. Lasten terveyden edistämisen kehitysvaiheet 1880-luvulta 2010-luvulle	46
Taulukko 2. Lasten terveyden edistämisen ohjaus keskitetyn normiohjauksen aikana vv. 1924 – 1971	52
Taulukko 3. Lasten terveyden edistämisen ohjaus heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssi- ohjauksen aikana vv. 1972 – 1992	57
Taulukko 4. Lasten terveyden edistämisen ohjaus hajautetun informaatio-ohjauksen aikana vv. 1993 – 2008	66
Taulukko 5. Lasten terveyden edistämisen ohjaus keskitetyn normiohjauksen palattua alkaan 2009	72
Taulukko 6. Lasten terveyden edistämisen valtiollinen ohjaus Suomessa 1880-luvulta 1880-luvulta 2010-luvulle	75

Kuvat

Kuva 1. Julkisten palvelujen ohjaus- ja tuotantojärjestelmä	17
Kuva 2. Julkisten palvelujen ohjausvälineet julkishallinnon järjestelmässä	25
Kuva 3. Ohjauskeinojen voima ja velvoittavuus	27

1. JOHDANTO

Julkisen sektorin toiminta koostuu valtion tahdosta sekä valtion tahdon toteutuksesta. Perinteisen saksalaisen hallinto-oikeuskäsityksen mukaan valtion tahto on politiikkaa ja sen toteuttaminen on hallintoa. Poliitiikkaan kuuluvat arvot, tavoitteet ja tarkoitukset, kun taas hallinnossa työskennellään faktojen, toimintakeinojen ja toimintatapojen kanssa. (Salminen 1998, 38-39; Virtanen & Stenvall 2010, 41-46; Vallgård 2010a, 37.) Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on se, millaisin keinoin valtio on ilmaissut tahtonsa eri aikoina ja kuinka tuota tahtoa on hallinnossa käytännössä toteutettu.

Valtio ja kunnat muodostavat yhdessä julkisen hallinnon. Ne toimivat yhteiskunnassa kahtena toisiinsa vaikuttavana ja toisensa kanssa vuorovaikutuksessa olevana tasona, jotka huolehtivat yhdessä julkisista palveluista. (Harisalo, Aarrevaara, Stenvall & Virtanen 2007, 21.) Julkinen hallinto on oleellisen tärkeä toimija kaikissa kehittyneissä yhteiskunnissa. Julkisen sektorin toiminta on myös edellytys kansalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi ja tasa-arvon toteutumiselle. (Anttiroiko, Haveri, Karhu, Ryyänen & Siitonen 2003, 141-142.) Julkinen hallinto ja julkiset palvelut hyödyttävät suurta osaa väestöstä. Ne ovat tärkeitä myös kansanvallan, sivistyksen, turvallisuuden, hyvinvoinnin sekä jatkuvan yhteiskunnallisen kehityksen kannalta. OECD-maissa julkiset palvelut lasketaan kansallisen kilpailukyvyn osatekijöiksi. Ne muodostavat merkittävän osan kansantaloudesta ja ovat merkittäviä myös kansallisen kilpailukyvyn kannalta. Yhteiskunnan toiminnan kannalta julkisten palvelujen tulisikin olla laadukkaita ja tehokkaasti tuotettuja. (Harisalo ym. 2007, 13, 125-126.) Koska julkiset palvelut muodostavat merkittävän osan yhteiskunnan toiminnan perusedellytyksistä, niiden toimintaa on tärkeä tutkia.

Julkiset palvelut eivät synny tyhjästä. Niiden olemassaolon ja toteutuksen perusedellytys on valtion tahtotila. Valtio voi ilmaista tahtonsa laein, asetuksin, ohjeistuksin, julkilausumin sekä yhteisesti ke-
rättyjä verovaroja jakaen. Käytännössä valtion tahto julkisiin palveluihin liittyen ilmenee julkisten palvelujen sääntely- eli ohjauskeinoissa. Vaikka julkisen hallinnon perusolemukseen kuuluu muuttumattomuus (Vartola 2004, 107-112), julkisessa hallinnossa hyväksytyt tai hyvänä pidetyt ohjauskeinot ja -käytännöt ovat vaihdelleet aikojen kuluessa (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 37). Niirasen (2006, 206) mukaan valtiollinen ohjauspolitiikka sekä kulloinkin valitut ohjauskeinot ilmentävät omaa aikaansa ja ne muuttuvat yhteiskunnassa vallitsevien ideologisten painotusten myötä. Markku Temmes (2008) on tutkinut Suomen hallintopolitiikan pitkiä kehitysaaltoja. Hänen mu-

kaansa hallintopolitiikan vaihtelun olennaisena elementtinä on hallintokoneiston keskityksen ja hajautuksen vaihtelu syklisesti pitkällä aikavälillä. (Temmes 2008, 70-73.) Keskityksen ja hajautuksen vaihtelu ilmenee mm. siinä, millaisia ohjauskeinoja kulloinkin käytetään.

Kun tietystä tahtotilasta sekä siihen liittyvistä ohjauskeinoista on päätetty valtiollisella tasolla, seuraa valitun politiikan toteutumisen kannalta kriittinen vaihe, tahtotilan toteutus kunnissa. Toteutus ei ole yksinkertainen toimenpide eikä se aina onnistu suunnitellulla tavalla. Julkisten palvelujen sääntelyn vaikutukset eivät myöskään ole yksiselitteisiä. Sääntelyn myötä ilmenee usein myös vaikutuksia, joita ei ole osattu ennakoida. (Hoeyer, Krasnik & Vallgård 2010, 85.) Niinpä siitä huolimatta, että valtio ilmaisee tahtonsa ohjausvälineidensä avulla ja julkisia palveluja pyritään kunnissa toteuttamaan keskushallinnon toivomalla tavalla, palvelut eivät aina ole asetettujen tavoitteiden mukaisia. Ohjaus ei siten välttämättä tuota toivottua tulosta ja toiminnalla saattaa myös olla ennakoimattomia ja epätoivottuja vaikutuksia. (mm. Harisalo ym. 2007, 14.)

Valtion tahdon toteutumista julkisissa palveluissa voidaan tarkastella tutkimalla julkisten palvelujen toteutumista kunnallisella tasolla. Kun kiinnostuksen kohteena on valtiollisen ohjausmekanismien vaikutus julkisten organisaatioiden toimintaan, voidaan Niirasen (2006) mukaan välineenä käyttää ohjausmalliajattelua. Se perustuu kausaaliseen ajatukseen siitä, että keskushallinnon tasolla valituin ohjauskeinoin on mahdollista saada aikaan suunniteltuja toimintoja julkisissa palveluissa, edellytyksenä että olosuhteet, organisaatorakenteet ja valtasuhteet ovat otolliset. (Niiranen 2006, 204-205.) Tutkimalla sekä kunakin aikakautena valittuja ohjauskeinoja että julkisen palvelun toteutusta kyseisenä ajankohtana, voidaan niitä yhdessä tarkastelemalla saada likimääräinen käsitys valtion tahdon toteutumisesta ja ohjauksen vaikuttavuudesta tutkimuskohteeksi valituissa palveluissa.

2. TUTKIMUKSEN PÄÄVALINNAT

2.1. Tutkimuksen päätehtävän asettaminen

Julkisessa hallinnossa politiikan ja hallinnon väliseen suhteeseen kuuluu ohjaus. Voidaan sanoa, että ohjaus on hallinnon peruselementti. Sen tarkoituksena on säilyttää ja uusintaa hallintojärjestelmän rakennetta, perusominaisuuksia ja toimintoja niin, että järjestelmän toiminnan tavoite toteutuu ja järjestelmä sopeutuu ympäristöönsä. Poliittishallinnollisella ohjauksella on omat, yhteiskunnan kulloiseenkin arvojärjestelmään perustuvat tavoitteensa. (Harisalo, Rajala & Ståhlberg 1992, 128.) Julkisen hallinnon ohjausvälineet muodostetaan politiikkaprosessissa. Ohjaus voidaankin ymmärtää politiikkaprosessin vaiheeksi, jonka avulla poliittiset päätökset toteutetaan hallinnossa. (Harisalo ym. 2007, 61-62) Poliittishallinnollisella ohjauksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa valtion keskushallinnon elinten, kuten eduskunta, hallitus ja ministeriöt, toimintaa, jonka avulla ne pyrkivät vaikuttamaan ohjauksen kohteina oleviin kuntiin niin, että palvelut toteutuvat toivotulla tavalla ja asetetut tavoitteet saavutetaan (vrt. Sinkkonen & Kinnunen 1994, 22).

Julkishallinnon poliittishallinnollinen ohjausprosessi ei ole niin suoraviivainen kausaalinen tapahtumasarja kuin voisi luulla. Käytännössä tapahtumasarja, jossa poliitikot tekevät rationaalisia päätöksiä ja virkamiehet toteuttavat ne automaattisesti sellaisenaan, ei ole realistinen. Poliittisen prosessin myötä syntyneet tavoitteet ja ohjausvälineet sisältävät usein ristiriitaisuuksia ja saattavat myös olla epäselviä (Vedung 2000, 220-222). Myöskään päätösten toteuttaminen ei ole yksinkertainen ja tekninen suoritus vaan siihen vaikuttavat lukuisat tekijät, kuten esimerkiksi paikallispoliittiset ja alueelliset tekijät, organisaatiokulttuurit, tiedotus ja toimijoiden erilaiset intressit. On sanottu, että politiikka ja valta vaikuttavat julkiseen hallintoon enemmän kuin rationaaliset ja tekniset seikat. (Turner & Hulme 1997, 75-77, 81.) Käytännössä politiikan muuttaminen käytännön toiminnaksi riippuu toimeenpanokoneiston laadusta sekä myös toimeenpanijoiden halusta toimia samansuuntaisesti ohjaavan tahon kanssa (Oulasvirta ym. 2002, 16). Edellä mainituista seikoista huolimatta julkishallinnollista ohjausprosessia on mahdollista tutkia, prosessin monimuotoisuuden reunaehdot huomioon ottaen. Ohjauksen toimivuuden tutkiminen edellyttää, että tutkija tunnistaa ohjauksen kerroksellisuuden, eri toimijoiden väliset suhteet ja mekanismit. On myös huomioitava, että vain osa julkisten palvelujen tuotannon tekijöistä on valtakunnallisten päätöksentekijöiden kontrolloitavissa. (Niiranen 2006, 204-205.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiollisessa ohjauksessa on viime vuosikymmenien aikana tapahtunut suuria muutoksia. Palvelujärjestelmä on tuntunut olevan jatkuvassa muutoksessa, viime aikoina on puhuttu jopa perusterveydenhuollon palvelujärjestelmän kriisiytymisestä. Julkisessa keskustelussa erityisen mielenkiinnon kohteena ovatkin olleet terveydenhuollon peruspalvelut, terveyskeskuksissa erityisesti lääkäripula. Terveysdenhuollon pulmien yhteydessä on myös toistuvasti nostettu esiin terveydenhuoltojärjestelmän ohjauksen ongelmat (esim. Oulasvirta ym. 2002; Teperi 2004; Rimpelä 2004; Apulaisoikeuskansleri 2007; Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008).

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi hallitusneuvos Hanssonille tehtäväksi selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan tehostamista vuonna 2002. Hansson päätyi selvityksessään siihen, että informaatio-ohjausta olisi mahdollista tehostaa laatusuosituksia laatimalla. (Hansson 2002, 46-47.) Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall (2002) toteavat kuitenkin omassa tutkimuksessaan, tapaustutkimuksiinsa vedoten, että laatusuositukset ilman resurssiperustaa ovat tehottomia. Heidän mukaansa informaatio-ohjausta tulisi tehostaa yhdistämällä siihen myös muita ohjausmenetelmiä, esimerkiksi laatusuosituksien toteuttamiseksi tulisi lisätä kohdennettuja valtionapuja. (Oulasvirta ym 2002, 135.)

Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall (2002) tutkivat 2000-luvun vaihteessa Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta sosiaali- ja terveystoimen eri toimintoihin kohdistuvien tapaustutkimusten avulla. Tutkimuksessa kuvattiin ohjauksen teoreettisia perusteita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittymistä Suomessa vuosikymmenten kuluessa tiukasta sääntöohjauksesta informaatio-ohjaukseen. Tapaustutkimuksissa kuvattiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja sekä niiden ohjausta käytännössä, yhtenä esimerkkinä kouluterveydenhuolto. Tutkimuksen mukaan ainoastaan informaatio-ohjauksessa pitäytyminen näyttäytyi ongelmallisena kaikissa tapaustutkimuksen kohteiksi valikoituneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Oulasvirran, Ohtosen ja Stenvallin mukaan informaatio-ohjauksella ei ollut selkeitä tavoitteita, valitut ohjauskeinot olivat yhteen sopimattomia ja jopa ristiriitaisia. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että sosiaali- ja terveystalvelujen seuranta ja valvontaa varten tarvittaisiin luotettava ja ajantasainen informaatiojärjestelmä. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ei ole toimi toivotulla tavalla. Tilanteen korjaamiseksi tutkijat päätyivät ehdottamaan ns. tasapainoisen ohjauksen mallia, joka sisältää apuvälineitä keskushallinnolle ohjauksen suunnitteluun. (Oulasvirta ym. 2002)

Stenvall ja Syväjärvi (2006) tutkivat valtionvarainministeriön toimesta opetus- sekä sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjausta. He haastattelivat sekä keskushallinnon virkamiehiä että kuntien johtavia viranhaltijoita. Tutkimukseen sisältyi myös laaja lomakekysely kuntien johtaville viranhaltijoille. Tutkimuksen mukaan opetustoimen alalla käytettiin informaatio-ohjauksen ohella myös normiohjausta, kun taas sosiaali- ja terveystoimen hallinnonalalla ohjaus oli lähestulkoon kokonaan informaatio-ohjausta. Tutkimuksen mukaan informaatio-ohjauksella ei keskushallinnossa ollut yhteyttä poliittiseen päätöksentekoon tai julkisten palvelujen toiminnan arviointiin. Lisäksi informaatio-ohjaus oli sattumanvaraista, jäsentymätöntä eikä sitä koordinoitu. Kuntatoimijoiden osalta tutkimuksessa tuli ilmi se, että kunnissa "tukehdutaan" informaatio-ohjauksen tietotulvaan. Toisaalta taas kunnilta kerätty arviointitieto oli kuntien näkökulmasta katsottuna sattumanvaraista eikä se ollut kuntien kannalta hyödynnettävässä muodossa. Tutkimuksen mukaan informaatio-ohjaus oli kokonaisuudessa katsottuna kehittymätöntä sen laajasta käytöstä huolimatta. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 36-37, 48, 83.) Edellä mainittujen tutkimusten perusteella voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa on ollut 2000-luvulla Suomessa merkittäviä ongelmia.

Terveyden edistämisen, ehkäisevien terveyspalvelujen ja perusterveydenhuollon merkitystä on korostettu Suomen terveystoiminnassa ohjelmissa vuosikymmenten ajan (mm. Perttilä 1999, 112; Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008, 97). Myös lasten terveyden edistäminen on ollut tärkeällä sijalla Suomen terveystoiminnassa kautta aikojen. Menneinä vuosikymmeninä menestyksellisen äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sanottiin olleen paras esimerkki suomalaisen kansanterveys-työn saavutuksista (mm. Siivola 1985, 149). Universaaleja lasten terveyttä edistäviä palveluja onkin Suomessa totuttu pitämään itsestään selvyytenä ja kaikkien lasten sekä perheiden oikeutena. Aiemmin vuosikymmeninä Suomen terveydenhuollon ylöspäin kehityksen aiheena toimineesta lasten terveyden edistämisestä neuvoloissa ja kouluissa julkaistiin kuitenkin 2000-luvulla useita kriittisiä tutkimuksia. Tutkimusten mukaan neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut olivat pahasti rapautuneet. (esim. Rimpelä ym 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Rimpelä ym. 2006; Rimpelä, Wiss ym 2007; Mäki ym. 2008; Hakulinen-Viitanen ym. 2008.)

Samaan aikaan, kun lasten terveyttä edistävien palvelujen tilasta neuvoloissa sekä kouluterveydenhuollossa kerääntyi hälyttävää tietoa, julkisessa hallinnossa sekä hallintopoliittisessa kirjallisuudessa alkoi esiintyä painokasta kritiikkiä lasten terveyden edistämistä koskenutta ohjauspolitiikka kohtaan. (mm. Teperi 2004; Apulaisoikeuskansleri 2007; Leppo 2010; Melkas 2010; Rimpelä 2010a ja Rimpelä 2010b.) Ohjauspolitiikan ongelmat sekä lasten terveyden edistämisen palvelujen rapautuminen huomioitiin valtionhallinnossa. Ongelmiin vastattiin merkittäväällä ohjauspolitiikan

muutoksella 2010-luvun vaihteessa. Väljän informaatio-ohjauksen sijaan säädettiin ensin kansanterveyslain muutoksen (L 25.11.2005/928) valtuutuksella, sittemmin terveydenhuoltolain (L 1326/2010) valtuutuksella neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa yksityiskohtaisesti sääntelevät ja kuntia velvoittavat asetukset, VnA 380/2009 ja VnA 338/2011. Puitelakina toimineen kansanterveyslain (L 66/1972) tilalle tuli vuonna 2010 terveydenhuoltolaki (L 1326/2010), joka määrittelee yksityiskohtaisesti lasten terveyden edistämisen tehtävät neuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Myöhemmin säädösten käytäntöön panon tueksi laadittiin vielä Valtioneuvoston asetuksen 338/2011 valvontaohjelma (Valvira 2012).

Poliittishallinnollinen ohjaus on tärkeä tutkimuskohde, koska ohjaus on julkisen hallinnon peruselementti. Se, että lasten terveyden edistämisen palvelujen rapautumiseen vastattiin ohjauspolitiikan muutoksella 2010-luvun taitteessa, osoittaa, että ohjausta pidetään tärkeänä tekijänä julkisten palvelujen toteutuksessa. Edellä kuvattu lasten terveyden edistämisen ohjauspolitiikassa tapahtunut täyskäännös antoi virikkeen lähteä tutkimaan lasten terveyden edistämisen ohjausta pidemmällä aikavälillä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisen valtiollisen ohjauksen vallitessa lasten terveyden edistäminen aiemmin kehittyi perusterveydenhuollon "lippulaivaksi" ja sittemmin rapautui pahoin. Kysymys on siitä, millaisin menetelmin lasten terveyden edistämistä on Suomessa ohjattu ja kuinka lasten terveyden edistäminen on kehittynyt valtion ohjauksessa? Tutkimuksessa tarkastellaan lasten terveyden edistämisen valtiollisen ohjauksen ja toiminnan kehittymistä terveydenhoitotyön alkuvaiheista vuonna 2010 tapahtuneisiin ohjauspolitiikan muutoksiin. Tutkimuksessa etsitään vastausta siihen, kuinka poliittishallinnollinen ohjaus vaikuttaa julkisten palvelujen toteutukseen.

Tutkimusongelmaksi tässä tutkimuksessa muodostuu seuraava kysymys:

Miten valtion ohjaus on vaikuttanut lasten terveyden edistämisen kehitykseen Suomessa?

Julkisten palvelujen tutkiminen on tärkeää, koska julkiset palvelut muodostavat tärkeän osan kansalaisten hyvinvoinnin edellytyksistä ja ovat myös kansalaisille tärkeitä. Lasten terveyden edistäminen neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa terveydenhoitotyön keinoin tavoittaa lähes kaikki lapsiperheet (STM 2009, 26, 110). Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toimilla voidaan siten vaikuttaa koko väestön hyvinvointiin myös pidemmällä tähtäimellä. Universaalin ja pitkäkestoisin vaikutuksiin tähtäävän palvelun ohjaus ja toteutus ovat tästä näkökulmasta katsottuna tärkeä tutkimuskohde. Terveyden edistämisen valikoituminen tutkimuksen kohteeksi on perusteltua myös siksi, että sairauksien ehkäisy eli uusien sairaustapausten ilmenemisen vähentämisen voidaan katsoa olevan terveyspolitiikan tärkeimpiä tehtäviä. Mikäli ennaltaehkäisyssä epäonnistutaan, terveystalouden ainoaksi tehtäväksi jää korjaavien terveydenhoitopalveluiden järjestäminen. (Vohlonen 1998, 47.)

2.2. Tutkimuksen tieteelliset tavoitteet

Tutkimuksen tavoite muodostaa tutkimuksen lähtökohdan. Jürgen Habermas jakaa tieteellisen tutkimuksen tavoitteet ja lähtökohdat kolmeen luokkaan, joita ovat tekninen, praktinen ja kriittinen tiedonintressi. Teknisen tiedonintressin mukaisen tutkimuksen tavoitteena on todellisuuden rakenteen rationaalinen kuvaaminen, selittäminen, ennustaminen ja hallitseminen. Praktisen tiedonintressin mukaisissa tutkimuksissa tulkitaan ja pyritään ymmärtämään subjektiivisesti koetun todellisuuden ilmiöitä. Kriittisen tiedonintressin mukaisissa tutkimuksissa tavoitteena on objektiivisen todellisuuden ymmärtäminen subjektiivisesti yhteiskunnallisten lainalaisuuksien paljastamiseksi ja kritisoimiseksi. (Lauri & Elomaa 1995, 42; Niiniluoto 1999, 70-71.)

Kriittisen yhteiskuntatieteen mielenkiinto kohdistuu vallankäyttöön sekä yhteiskunnan rakenteisiin ja lainalaisuuksiin (Määttänen 1999, 257-258). Tutkimusotteelle on keskeistä pyrkimys kuvata ja selittää objektiivista todellisuutta, tavoitteena paljastaa ja tulla tietoiseksi yhteiskunnallista suhteista ja rakenteista, jotta tietoisuus aikaansaisi muutoksen (Lauri & Elomaa 1995, 41-42). Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia lasten terveyden edistämisen kehittymistä valtion ohjauksessa. Tutkimuksen tavoitteena on tehdä näkyväksi ohjauksen vaikutus lasten terveyden edistämisen käytäntöihin eri aikakausina. Koska tutkimus kohdistuu yhteiskunnan toimintaan, joka on kriittiselle tiedonintressille tyypillinen kiinnostuksen kohde ja tavoitteena on ohjauskäytäntöjen vaikutusten näkyväksi tekeminen, tämän tutkimuksen perustana voidaan katsoa olevan kriittinen tiedonintressi. Niiniluoto (1999) toteaa kuitenkin, että perustuipa tutkimuksen tavoite mihin hyvänsä tiedonintressiin, tiede on aina ensisijaisesti todellisuutta koskevan informaation systemaattista ja kriittistä tavoittelua. Mikäli edellä mainittu toteutuu, tiede voi toissijaisesti palvella myös muita intressejä. (Niiniluoto 1999, 76.)

Tutkimusstrategialla tarkoitetaan tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 126.) Tutkimusstrategia laaditaan sellaiseksi, että tutkimuksen tavoite voidaan saavuttaa ja tutkimuskysymykseen saadaan vastaus (Uusitalo 1991, 50). Tutkimuksen tavoitteena voi olla kohdeilmiön tai kohdeilmiöiden välisten suhteiden kuvaaminen. Kuvailevan tutkimuksen tarkoitus on tehdä asia ymmärrettäväksi. Eksploraatiivisessa tutkimuksessa puolestaan muodostetaan ehdotteisia selityksiä kohdeilmiön kuvailemisen lisäksi. Selittävän tutkimuksen tavoitteena on tutkia syy-seuraus-suhteita, useimmiten hypoteeseja testaamalla. Selittävässä tutkimuksessa voidaan myös etsiä todennäköisiä syy-seurausketjuja. Tutkimuksen tavoitteena voi myös olla ennustaa tulevia kehityskulkuja tai rakentaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja teorioita.

Arviointitutkimuksen tavoitteena on selvittää, mitä on tehty ja saatu aikaan. (Uusitalo 1991, 35; Hirsjärvi ym. 1997, 136; Harisalo, Keski-Petäjä & Talkkari 2006, 23-25.) Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, kuinka valtion ohjaus on vaikuttanut lasten terveyden edistämisen kehitykseen kunnissa. Tutkimusta voidaan pitää eksploratiivisena tutkimuksena, sillä tutkimuksessa kuvataan valtion käyttämiä ohjausvälineitä ja lasten terveyden edistämisen tilaa kunnissa sekä myös esitetään käytettävissä olevan tiedon perusteella ehdotteisia selityksiä mahdollisista syy- ja seuraussuhteista siitä, kuinka valtionhallinnon ohjaus on vaikuttanut eri aikakausina lasten terveyden edistämiseen. (Uusitalo 1991, 63-64.)

Koska tässä tutkimuksessa keskitytään suurelta osin menneiden tapahtumien tutkimiseen, tutkimus on osittain myös historiaan suuntautuva. Perinteinen historiatutkimus on menneisyydessä esiintyneen tiedon systemaattista ja kriittistä arviointia, tosiasioiden etsimistä, tapahtumien välisten suhteiden tarkastelua ja päätelmien tekemistä. Tapahtumien syntetisointi on tärkeää, siinä ilmenee tapahtumien tarkoitus ja osoitetaan merkittävien asioiden suhteet. Historiallisen tutkimuksen tavoite on vastata kysymyksiin menneiden tapahtumien syistä, vaikutuksista ja kehityksestä. Parhaimmillaan historiallinen tutkimus auttaa ymmärtämään nykyisyyttä. Mikäli menneisyyden merkitystä ei ymmärretä, katoavat kiinnostuskohdat omaan kulttuuriin ja ympäristöön. (Matilainen 2001, 209, 213-214.) Vain tuntemalla menneisyyden voi ymmärtää nykyisyyttä.

Jokainen tutkimus perustuu tieteenfilosofisiin taustaoletuksiin, jotka on tärkeä tiedostaa. Keskeisimmät tieteenfilosofiset taustaoletukset ovat tutkijan käsitykset todellisuuden luonteesta sekä tiedon luonteesta ja sen alkuperästä. (Hirsjärvi ym. 1997, 123.) Oppia olevaisen luonteesta käsitellään tieteenfilosofisessa ontologiassa (Määttänen 1999, 35-36). Äärimmilleen pelkistettynä meistä riippumattoman maailman voidaan nähdä olevan olemassa jos siitä saadaan objektiivisia havaintoja, tai toisaalla niin, että jokaisella on oma subjektiivinen todellisuutensa (Määttänen 1999, 37-45; Harisalo ym. 2006, 32). Edellisestä kahtiajaosta poiketen realistisen käsityksen mukaan ihmisen tietoisuudesta riippumaton objektiivinen maailma on olemassa, mutta se miten se kullekin ilmenee, riippuu inhimillisen ymmärryksen luomista käsitteistä (Lauri & Elomaa 1995, 42; Määttänen 1999, 72-73; Niiniluoto 1999, 139). Bhaskarin mukaan todellisuus ymmärretään realismissa kerrostuneeksi niin, että siihen sisältyy havaintojen eli tapahtumien taso sekä kausaalisista mekanismeista muodostuva "mahdollisten tapahtumien potentiaalinen taso" (Töttö, 2004, 206; Kuusela 2006, 10).

Termi realismi tulee latinasta ja se tarkoittaa olioita ja asioita. Oliot ja asiat ovat reaalisia, kun ne ovat todellisia. Niiden ei tarvitse olla konkreettisia, ne voivat olla myös kompleksisia tapahtumia, prosesseja ja järjestelmiä. Filosofisena terminä realismilla tarkoitetaan oppia todellisuudesta tai sen

osista. Roy Bhaskar ja Ron Harré toivat realismin käsitteen yhteiskuntatieteisiin 1970-luvulla. Yhteiskuntatieteissä toimintaa ja todellisuutta voidaan tarkastella makrotasolla, jolloin ilmiöiden syy-seuraussuhteiden selityksiä voidaan etsiä kulttuurisesta kontekstista, rakenteista, instituutioista, käytännöistä ja normeista. (Niiniluoto 2006, 23-25, 35-36.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella lasten terveyden edistämisen palvelujen kehittymistä valtiollisessa ohjauksessa, joten tutkimus kohdistuu yhteiskunnan makrotasolle.

Käsitys siitä, millaiseksi todellisuus ymmärretään, on kiinteästi yhteydessä käsitykseen siitä, kuinka todellisuudesta voidaan saada tietoa. Epistemologiassa käsitellään tietämisen ja tiedon muodostamisen problematiikkaa (Hirsjärvi ym. 1997, 124). Tutkimusotteet on perinteisesti jaettu kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen sekä kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen. Mikäli todellisuuden ymmärretään olevan objektiivista, tiedon hankintaan tarvitaan havaintoja kvantitatiivisin eli luonnontieteellisin tilastollisin tutkimusmenetelmin, mikäli taas todellisuuden katsotaan olevan subjektiivisesti määräytynyttä, ilmiöitä on tutkittava kvalitatiivisin, laadullisin tutkimusmenetelmin (Uusitalo 1991, 79-82; Harisalo ym. 2006, 32).

Realistisessa tutkimuksessa syy-seuraussuhteille annetaan perinteisistä, edellisistä tutkimusotteista poikkeava tulkinta (Kuusela 2004, 125). Kausaaliset mekanismit johtuvat realistisen käsityksen mukaan siitä, että todellisilla olioilla on tietynlainen rakenne, joka tekee mahdolliseksi tietyt tapahtumat. Mekanismit toimivat ja tapahtumat toteutuvat vain otollisissa olosuhteissa. (Pawson & Tilley 1998, 57-59 ; Töttö 2004, 253; Niiranen 2006, 209; Töttö 2006, 55.) Kausaaliset mekanismit voivat toteutua täysin, osittain tai estyä kokonaan. Tapahtumat tulevat ymmärrettäviksi, kun tutkitaan, millaisissa olosuhteissa mekanismit ovat toimineet (Töttö 2004, 261; Töttö 2006, 61). Realistisen käsityksen mukaan on siten oleellista löytää tapahtumien pinnan alla piilevät mekanismit, joiden vaikutuksesta tapahtumat toteutuvat eri tilanteissa ja eri aikoina jonkin verran erilaisina. Lisäksi on tärkeää tunnistaa ne olosuhteet, jotka vaikuttavat mekanismien toimintaan. (Pawson & Tilley 1998, 71). Realistisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole aineiston vaan todellisuuden mallintaminen ja todellisuuden tapahtumia aiheuttavien mekanismien löytäminen. Realismissa tutkimusmetodin valinta ei siten enää perustu perinteiseen kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen kahtiajakoon, vaan metodologiseen pluralismiin. (Töttö 2004, 206-207, 236; Kuusela 2006, 10-11, 18-19.) Tötön (2006, 73) mukaan kausaalipäätelmät ovat teoreettisia eivätkä ne sellaisenaan oikeuta tai edellytä kvantitatiivista tai kvalitatiivista tutkimusotetta. Tutkimuskohde määrittelee sen, onko tieto esitettävissä laadullisena vai määrällisenä (Lauri & Elomaa 1995, 42). Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi kerättiin tutkimusaineisto, joka muodostuu painetusta kirjallisesta materiaa-

lista, joka kuvaa sekä lasten terveyden edistämisen julkishallinnollista ohjausta että lastenneuvoiloissa ja kouluterveydenhuollossa toteutettua terveydenhoitotyötä eri aikakausina. Tutkimuskysymykseen vastaaminen edellyttää tässä tutkimuksessa laadullista tutkimusotetta.

Tutkimuksen lähtökohtana on systeemiteoreettinen ajattelu, jossa julkinen hallinto ja terveydenhuoltojärjestelmä ymmärretään avoimeksi järjestelmäksi. Avoimissa järjestelmissä on useita mekanismeja, jotka vaikuttavat järjestelmän toimintaan eri tavoin. Tötön (2004, 255-257) mukaan realismi sopii hyvin avointen järjestelmien tutkimusotteeksi, koska tapahtumien kulkua voidaan jälkeenpäin selittää kausaalisten mekanismien avulla. Realistisessa tutkimuksessa etsitään yhteyksiä toiminnan kontekstin, valittujen toimintatapojen ja toiminnan tuloksellisuuden välillä (Pawson & Tilley 1998, xv). Realismin merkitys hallinnollisessa tutkimuksessa perustuu siihen, että se kiinnittää huomion toiminnan kerroksellisuuteen, jossa yhdistetään toimijoita ja rakenteita koskevat käsitteet yhdeksi teoriaksi (Niiranen 2006, 194-196).

2.3 Tutkimuksen näkökulman määrittäminen

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lasten terveyden edistämisen kehitystä valtiollisessa ohjauksessa. Tutkimus kohdentuu julkiseen hallintoon sen makrotasolla. Tutkimuksen kohteena on terveydenhuoltojärjestelmän osa, lasten terveyden edistäminen perusterveydenhuollossa. Lasten terveyden edistämistä tarkastellaan tässä tutkimuksessa palvelujärjestelmän osana. Lasten terveyden edistämistä lähestytään lastenneuvoloiden sekä kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien työn, terveydenhoitotyön, hallinnollisen ohjauksen ja palvelujen toteutumisen näkökulmista. Terveydenhoitotyön valikoituminen tutkimuskohteeksi on perusteltua, koska terveydenhoitajat ovat lasten terveyden edistämisen tärkeimpiä toimijoita (mm. STM 2009, 41).

Tämän tutkimuksen perustana on systeemiteoreettinen tarkastelutapa eli järjestelmäajattelu. Järjestelmäajattelun juuret ovat monitieteiset ja se on monen eri tieteenalan yhteistä omaisuutta. (Seeck 2008, 156). Yleinen järjestelmäteoria kehittyi toisen maailmansodan jälkeen ja sen perusteet ovat syvällä länsimaisessa historiassa. Biologi Ludvig van Bertalanffy muotoili yhdessä muiden tutkijoiden kanssa luonnon eliöiden avoimien järjestelmien perusteella yleisen järjestelmäteorian. (Seeck 2008, 158; Harisalo 2010, 180-184.) Chester Barnard käytti ensimmäisenä järjestelmäkäsitettä johtamistutkimuksessa vuonna 1938. Hän huomioi ensimmäisenä sen, että organisaatiot ovat vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Yleinen järjestelmäteoria on osa rakenneanalyttistä organisaatioparadigmaa, jolle on yhteistä rationaalinen käsitys organisaatioista (Seeck 2008, 157-158).

Järjestelmä voidaan määritellä kokonaisuudeksi, joka koostuu määritellyistä osista sekä niiden välistä vuorovaikutussuhteista (Ahlstedt, Jahnukainen & Vartola 1974, 13). Järjestelmän rakenteen muodostavat osien väliset suhteet ja järjestelmän ympäristöä on se, mikä ei kuulu järjestelmään (Harisalo, Rajala & Ståhlberg 1992, 31). Järjestelmät voivat olla suljettuja tai avoimia. Avoimet järjestelmät ovat dynaamisia ja ne ovat vaihdantasuhteessa ympäristönsä kanssa. Ne saavat ympäristöstään impulsseja, energiaa ja/tai materiaa (input), muuntavat niitä (muuntoprosessi) ja luovuttavat ympäristölleen tuotoksensa (output). Tuotokset puolestaan vaikuttavat ympäristössä, jota kautta järjestelmä saa palautetta (feedback) toiminnastaan. Palauteinformaation avulla järjestelmä voi tarkastaa toimintansa suuntaa. (Ahlstedt ym. 1974, 14; Harisalo ym. 1992, 31; Harisalo 2010, 182, 186-187). Toiminnan uudelleenohjausta palauteinformaation avulla kutsutaan järjestelmän itseohjautuvuudeksi. Toisaalta myös ympäristö pyrkii ohjaamaan järjestelmää ulkoapäin sitä enemmän, mitä enemmän järjestelmä on vaihdantasuhteessa ympäristönsä kanssa. (Ahlstedt ym. 1974, 15). Avoimilla järjestelmillä onkin kyky kehittyä laadullisesti, organisoida toimintansa niin, että se pääsee tavoitteisiinsa ympäristön vaatimuksiin mukautuen (Seeck 2008, 156; Harisalo 2010, 181).

Töttö (2004 ja 2006) huomauttaa, että kriittisen realismin näkökulmasta katsottuna, järjestelmät ovat todellisuudessa vain osittain suljettuja ja osittain avoimia. Täysin suljettu järjestelmä tuottaa ennakoitavia prosesseja eikä sellaisia todellisuudessa juuri esiinny. Toisaalta täysin avoimet järjestelmät tuottavat kaaoksen, koska niihin vaikuttavia mekanismeja ei voida lainkaan ennakoida. Todellisuudessa järjestelmät ovat siten kriittisen realismin mukaan suhteellisen avoimia, jolloin teorioiden todentaminen havaittavien säännönmukaisuuksien avulla on mahdollista. (Töttö 2004; Töttö 2006, 70, 74.)

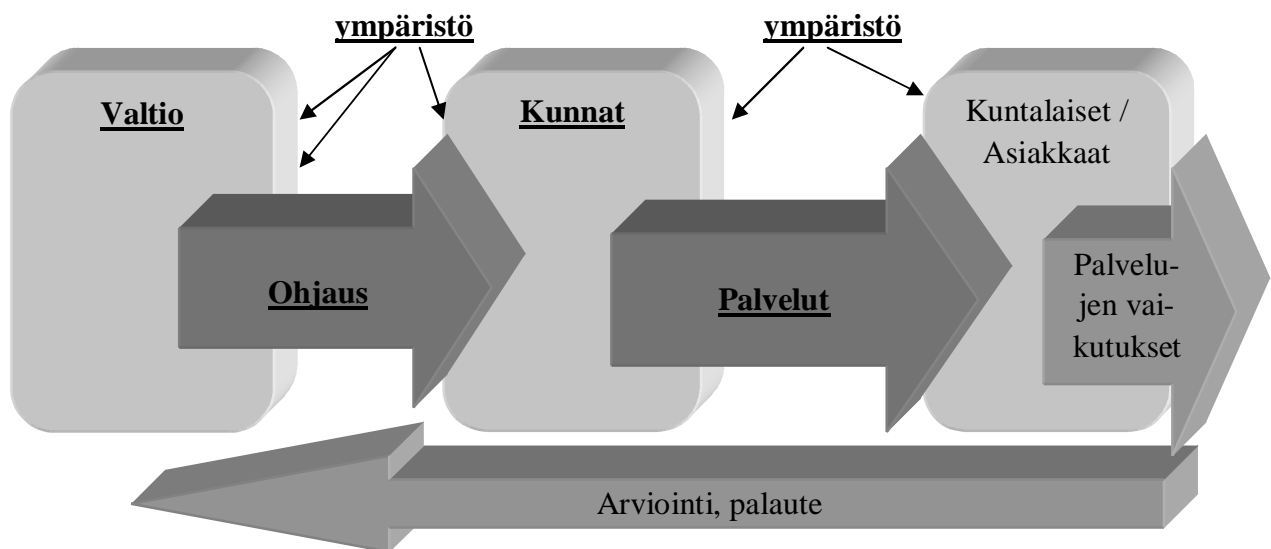
Järjestelmäteorian tavoitteena on luoda organisaatioista laaja näkemys ja analysoida niitä itseään laajempien järjestelmien osana (Seeck 2008, 156; Harisalo 2010, 180). Järjestelmäteoria on edelleen ajankohtainen ja se toimii perustana monien ilmiöiden tutkimiselle (Seeck 2008, 156-158). Se on hyvä apuväline todellisuudessa ilmenevien monimutkaisten ilmiökokonaisuuksien hahmottamiseen. Järjestelmäajattelu ja julkisen hallinnon organisaatioiden ymmärtäminen ohjausjärjestelminä on perusteltua, jotta julkista toimintaa voidaan tarkastella kokonaisvaltaisesti, mutta kuitenkin jäsenityneesti. Järjestelmä- ja ohjausteoreettinen lähestymistapa mahdollistavat monimutkaisten kokonaisuuksien ymmärtämisen niiden kontekstissa. (Ahlstedt ym. 1974, 13-14, 28, 30.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lasten terveyden edistämistä julkisen hallinnon palvelujärjestelmän osana järjestelmä- ja ohjausteoreettiselta perustalta.

3. TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1. Tutkimuksen pääkäsitteet ja niiden väliset suhteet

Julkinen hallinto ymmärretään tässä tutkimuksessa hierarkkiseksi järjestelmäksi, jossa kunnilla on oma valtiolle alisteinen asemansa. Valtiolla on johtava rooli ja kunnat toteuttavat julkista politiikkaa tarjoamalla väestölle julkisia palveluja valtion ohjauksessa.

Koko julkisen hallinnon järjestelmän keskeisiä toimijoita ovat valtio, kunnat ja kuntalaiset tai asiakkaat sekä julkishallinnon järjestelmän ympäristö. Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan julkisen hallinnon järjestelmää valtion ohjauksen sekä kuntien palvelutoiminnan näkökulmista. Julkiset palvelut ovat olemassa kuntalaisia varten. Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin palvelujen ohjaukseen sekä palvelujen toteutukseen, ei niiden vaikutuksiin. Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat siten julkishallinnon rakenteista **valtio**, **kunnat** ja **julkishallinnon ympäristö** sekä julkishallinnon prosesseista **ohjaus** ja **kunnalliset palvelut**. Valtio on tutkimuksessa ohjaava yksikkö ja kunnat ohjattavia yksiköitä. Ohjauksen keinoin aikaansaadaan ohjausimpulsseja, joiden avulla säännellään julkisia kunnallisia palveluja.



Kuva 1. Julkisten palvelujen ohjaus- ja tuotantojärjestelmä. Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet alleviivattuna.

Julkisen hallinnon järjestelmän tarkastelu rajataan tässä tutkimuksessa kohdistumaan julkisen hallinnon osajärjestelmään, terveydenhuoltojärjestelmään ja edelleen terveydenhuoltojärjestelmän

osana toimivaan perusterveydenhuollon lasten terveyden edistämiseen neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa.

3.2. Julkishallinnollisen järjestelmän rakenteet

Suomen perustuslaissa (11.6.1999/731) julkisella vallalla tarkoitetaan valtiota ja kuntia. Julkisen hallinnon tehtäviä ovat demokratian harjoittaminen, hallinnon kehittäminen, julkisten palvelujen, tulonsiirtojen ja sääntelyn tuottaminen sekä markkinoiden hallinta. (Harisalo ym 2007, 25-26.) Julkisen sektorin toiminta voidaan Evert Vedungin (2000) mukaan hahmottaa julkisen hallinnon ideaalimallin avulla. Vedung jakaa julkisen sektorin toiminnan vaiheisiin, joita ovat päätösten valmisteluvaihe, poliittinen päätöksenteko ja päätösten toimeenpano. Päätösten toimeenpano toteutuu kansalaisille suunnattuina julkisina palveluina, jotka vaikuttavat kansalaisiin eri tavoin. (Vedung 2000, 17-21.)

Julkinen hallinto voidaan mieltää monien julkisten laitosten eli yksiköiden joukoksi, joita ohjataan poliittisesti ja hallinnollisesti. Ylimmät valtioelimet ohjaavat hallintoa poliittisesti, esimerkiksi tehtäviä ja määrärahoja kohdistuen. Keskushallinnon yksiköt puolestaan ohjaavat alemman tason yksiköitä hallinnollisen ohjauksen keinoin. Hallinto-organisaation toiminta toteutuu yhteiskunnassa palveluina, valvontana, tulonsiirtoina, palvelutuotantona ja informaationa. (Etelälahti, Kiviniemi, Strömberg & Vehkamäki 2008, 18-19.)

3.2.1. Valtio ja keskushallinto julkishallinnon järjestelmässä

Valtio voidaan määritellä "ihmisyhteisöksi, joka käyttää määrätyllä alueella omintakeista ja pysyvää valtaa". Valtion tunnusmerkkeihin kuuluu se, että sen muodostavat omalla rajoiltaan määritellyllä alueella asuvat pysyvät asukkaat. Lisäksi tunnusomaista on se, että valtio käyttää alueellaan omaa pysyvää valtaa. Valtion ilmenemismuotoja ovat valtiolliset laitokset ja muusta yhteiskunnasta erotuvat järjestelmät, jotka kykenevät ilmentämään toiminnassaan julkista valtaa ohjeita, määräyksiä ja taloudellista tukea antaen sekä yhteiskunnan toimintoja valvoen. (Etelälahti ym. 2008, 14-15.) Lukuisia valtioteorioita ei ole tässä tutkimuksessa tarpeen tarkastella tarkemmin, riittää todeta, että useimpien teorioiden mukaan valtion olemassa olo on välttämätön edellytys järjestäytyneen yhteiskunnan toiminnalle. (Harisalo ym. 2007, 74.)

Demokratiassa ylintä valtaa käyttää kansa, joka valitsee eduskunnan yleiseen ja yhtäläiseen äänioikeuteen perustuvassa vaalissa. Ylimpään valtio-organisaatioon kuuluvat Suomessa eduskunta, tasa-

vallan presidentti sekä hallitus. Julkisen hallinnon poliittinen ohjaus tapahtuu valtion ylimmän tason toimesta. Julkisen hallinnon hallinnollinen ohjaus tapahtuu keskushallinnon tasolla. Keskushallinnon tasolle sijoittuvat ministeriöt ja niiden alaiset keskusvirastot, jotka vastaavat mm. julkisten palvelujen tuottamisesta ja valtakunnallisesta ohjauksesta. (Etelälahti ym 2008, 29-38.)

Valtion tehtävänä on huolehtia yhteiskunnan elämän edellytysten järjestämisestä, suojaamisesta ja kehittamisestä. Valtion alkuperäisten tehtävien, yhteiskunnan ulkoisesta ja sisäisestä turvallisuudesta huolehtimisen, oikeuslaitoksen ylläpidon sekä verotuksen lisäksi valtiolla on nykyisin lukuisia muitakin tehtäviä, kuten hyvinvointi-, palvelu-, sosiaaliset ja taloudelliset tehtävät. (Vartola 2004, 34.) Julkisen hallinnon toiminta voidaan jaotella poliittiseksi ohjaukseksi, hallinnolliseksi ohjaukseksi sekä toteuttavaksi toiminnaksi. Poliittisessa ohjauksessa määritellään "valtion tahto" lainsäädännöllisin keinoin ja hallintoa ohjaten. Hallinnollisessa ohjauksessa keskushallinnon organisaatiot ohjaavat palveluja toteuttavia julkisia organisaatioita säännöksiä ja voimavaroja yhteen sovittaen sekä kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja toiminnan tehokkuuteen pyrkien. Julkisilla toiminnoilla ja palveluilla pyritään vastaamaan kansalaisten tarpeisiin mahdollisimman tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti. (Etelälahti ym. 2008, 19.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan valtion ja keskushallinnon organisaatioiden kuntiin kohdistamia ohjaustoimia.

3.2.2. Kunnat julkishallinnon järjestelmässä

Kunnat ovat paikallisella tasolla toimivia hallinto-organisaatioita, jotka käyttävät alueellaan itsehallintoa sekä eduskunnan lainsäädännöllä niille osoittamaa julkista valtaa (Anttiroiko ym. 2003, 15-17; Heuru, Mennola & Ryyänen 2011, 21). Kunnan ja valtion väliset suhteet koostuvat useista osatekijöistä: Kuntien ja valtion välinen tehtävien jako määrittää kunnille osoitetut lakisääteiset tehtävät. Kuntien ja valtion välinen kustannusten jako puolestaan määrittää kunnallisverotuksen lakisääteiset perusteet sekä sen, missä suhteessa valtio osallistuu lakisääteisten tehtävien kustannuksiin valtionosuuksin. Kuntien ja valtion keskeisessä päätösvallan jaossa sekä valtion kuntiin kohdistamassa ohjauksessa ja valvonnassa ilmenee päätösvallan keskityksen ja hajautuksen aste, joka määrittelee kuntien itsehallinnon todellisen laajuuden. (Anttiroiko ym 2003, 21-22.)

Valtion oikeutta ohjata ja valvoa itsehallinnollisia kuntia voidaan perustella sillä, että valtiolla on velvollisuus valvoa julkisen hallinnon toiminnan yhdenmukaisuutta. Kun valtio hajauttaa päätösvaltaa kuntiin, voidaan ajatella, että sillä on myös oikeus ja velvollisuus valvoa tehtävien toteutusta niin, että kansalaisten yhdenvertaisuus voidaan varmistaa. Pyrkimys koko valtiota koskeviin yhteinäisiin ratkaisuihin kansalaisten yhdenvertaisuuteen perustuen muodostaa kuitenkin pysyvän jän-

nitteen kunnallisen itsehallinnon kanssa. Kunnallisen itsehallinnon lähtökohtana on se, että ratkaisut saavat olla erilaisia paikallisista olosuhteista riippuen. Itsehallinnollisten kuntien asema julkishallinnon järjestelmässä on siten kaksijakoinen. Toisaalta kunnilla on oikeus omavastuiseen asioiden hoitoon omalla alueellaan, toisaalta taas ne ovat osa julkista hallintoa ja niiden velvollisuus on hoitaa valtionhallinnon niille osoittamia tehtäviä valtion ohjauksessa ja valvonnassa. On kuitenkin huomioitava, että kuntia pelkkänä täytäntöön panevana tasona pitävä näkemys ei huomioi sitä, että kunnilla on palvelutuotannon ohella myös monia muita tehtäviä. Peruspalvelujen tehokas toteuttaminen edellyttäisi myös paikallisten olosuhteiden tuntemusta erilaisia valintoja tehtäessä. (Heuru ym. 2011, 133-134, 176, 179, 213.) Sosiaali- ja terveystalvelujen osalta valtion ohjauksen oikeuksen voidaan katsoa perustuvan sekä perustuslain §19 kirjauksiin kansalaisten yhdenvertaisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta sekä toiminnan henkeen ja terveyteen kohdistuvasta luonteesta (Heikkilä 2004, 206-207).

Kunnallishallinto voidaan ymmärtää eri tavoin. Julkisoikeudellisen tarkastelutavassa kuntien olemassaoloa ja kehittämistä tarkastellaan lainsäädännön näkökulmasta. Julkishallinnollisen ajattelun mukaan julkishallinto ymmärretään hierarkkiseksi kokonaisuudeksi, jossa kunnilla on oma valtiolle alisteinen toimeenpanijan osansa. Julkisoikeudellinen ja julkishallinnollinen lähestymistapa voidaan yhdistää hallinnollisoikeudelliseksi näkemykseksi, jossa kunta on osa valtiollista hierarkiaa, jolle valtio on suonut itsehallinnon ja joka käyttää valtion sille suomaa valtaa. Valtion valta on kuntiin nähden rajoittamatonta ja kunnat toimeenpaneavat valtion niille delegeimia tehtäviä. (Harisalo ym. 2007, 87-90.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan julkisten palvelujen toteutusta ja ohjausta. Huolimatta siitä, että kuntien hahmottaminen vain valtiollisen politiikan toteuttajaksi on ongelmallinen kunnallisen itsehallinnon näkökulmasta, tässä tutkimuksessa tarkastellaan julkista hallintoa hallinnollis-oikeudellisen lähestymistavan mukaisesti, jolloin kunnalla on valtiolle alisteinen rooli julkisten palvelun tuottajana.

3.2.3. Terveystalvelujärjestelmä

Julkinen hallinto koostuu valtion ja kuntien hierarkkisen järjestelmän lisäksi useista hallintojärjestelmän sisällä toimivista hallinnonaloista, joita voidaan pitää julkisen hallinnon osajärjestelminä. Osajärjestelmät toimivat kaikilla hierarkian tasoilla korkeimmalta politiikkatasolta kuntien palvelujärjestelmään saakka.

Terveystalvelun palvelujärjestelmä koostuu väestön terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävistä toiminnoista julkisessa hallinnossa sekä yksityisellä sektorilla (Vuori 2007, 34). Roemer määrittelee ter-

veydenhuoltojärjestelmän resurssien, organisaatioiden, rahoitusjärjestelyjen sekä ohjauksen yhdistelmäksi, joka toimii väestölle suunnattujen terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseksi. Terveydenhuoltojärjestelmiä voidaan mallintaa useilla tavoilla. Vallgårdan (2010b) mukaan keskeisiä toimijoita ovat väestö ja potilaat, palvelun järjestäjät, rahoittajat sekä järjestelmää ohjaavat ja kontrolloivat toimijat. Väestö käyttää terveydenhuollon palveluja ja rahoittaa järjestelmää maksamalla veroa, vakuutusmaksuja sekä käyttäjään kohdistuvia maksuja. Palvelun järjestäjät tuottavat terveyttä edistäviä ja sairauksien hoitoon liittyviä palveluja. Palvelun järjestäjät rahoittavat toiminnan palvelun käyttäjiltä ja tai rahoittajilta kerätyin varoin. Terveydenhuoltojärjestelmän rahoittajat puolestaan keräävät järjestelmän rahoituksen veroista ja tai vakuutusmaksuista ja ohjaavat varat palvelun tuottajille tai suoritettujen maksujen korvaukseksi potilaalle. Palvelujärjestelmää ohjaavia ja kontrolloivia tahoja ovat valtiolliset tahot sekä ammattijärjestöt. (Vallgård 2010b, 9-11.) Vaikka Vallgårdan esittämä malli kattaa keskeisimmät terveydenhuoltojärjestelmän toimijat, mallin ulkopuolelle jää vielä useita tärkeitä toimijoita, kuten esimerkiksi poliitikot, media ja terveydenhuoltoalan teollisuus.

Terveydenhuoltojärjestelmän perusteet ja eri toimijoiden vastuut sekä velvollisuudet määritellään kunkin maan lainsäädännössä. Terveydenhuoltoalan lainsäädännössä ei yleensä määritellä ja ohjeisteta yksityiskohtaisesti terveydenhuollon sisältöä. Useimmissa maissa tärkeä osa terveydenhuollon sääntelyä tapahtuu myös professioiden itsesäätelyn avulla. Lainsäätäjä lähtee tällöin oletuksesta, että terveydenhuollon ammattilaiset toimivat tiettyjen ammatillisten periaatteiden, viimeisimpien ohjeistusten ja uusimman ammatillisen tiedon mukaisesti. (Hoeyer ym 2010, 64-67.)

Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltojärjestelmää tarkastellaan julkisen hallinnon ja julkisten palvelujen osajärjestelmänä. Terveydenhuoltojärjestelmä toimii julkisen hallinnon sisällä valtion ja kunnan tasoilla omana sektorinaan, kilpaillen resursseista ja saaden vaikutteita muilta hallinnon aloilta.

3.2.4. Lasten terveyden edistäminen terveydenhuoltojärjestelmässä

Useimmissa maissa julkinen terveydenhuolto on jaettu kansalliselle, alueelliselle ja paikalliselle tasolle. Kuvattaessa toimintojen jakoa tehtävittäin, kansallisen ja paikallisen tason tehtävät on useimmiten eriytetty niin, että pitkälle erikoistuneet huippuosaamista edellyttävät yksiköt ovat kansallisia, erikoislääkäritasoinen sairaalahoito järjestetään aluetasolla ja terveyden edistäminen tapahtuu paikallisissa yleislääketieteeseen nojaavissa yksiköissä. (Vallgård 2010b, 14.) Suomen julkisen terveydenhuoltojärjestelmän tärkeimmät toimijat jaotellaan Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon sekä erityistason erityissairaanhoidon. Kunnan teh-

tävä on järjestää alueensa asukkaille perusterveydenhuollon palvelut (L 30.12.10/1326), joka muodostaa terveydenhuoltojärjestelmän perustan. Kansalaiset voivat hakeutua perusterveydenhuollon palvelujen piiriin suoraan, ilman lähetettä. (Kaila 2010, 15, 17.) Perusterveydenhuollossa pyritään ennaltaehkäisemään sairauksia, toteamaan oireettomat sairaudet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä hoitamaan sellaiset sairaudet joiden hoitamiseksi ei tarvita erikoissairaanhoidon osamista. Lisäksi perusterveydenhuolto toimii muiden terveydenhuolto- sekä hyvinvointipalvelujen koordinaattorina. (Vohlonen 1998, 55.)

Perusterveydenhuolto sisältää avosairaanhoidon lisäksi väestön terveyden edistämisen. Neuvola- sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut sisältyvät terveydenhuoltolain mukaiseen väestön terveyden edistämiseen. (L 30.12.10/1326.). Neuvola- sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen sisällöistä on vuonna 2009 sekä 2011 säädetty kuntia velvoittavasti valtioneuvoston asetuksilla (VnA 380/2009; VnA 338/2011). Neuvola ja kouluterveydenhuolto ovat lasten terveyden edistämisen keskeiset toimijat, koska ne tavoittavat lähes kaikki lapsiperheet ja ikäluokat (Mäki ym. 2010, 149). Neuvolapalveluja käyttää Suomessa 99,5% alle kouluikäisten lasten perheistä. Lastenneuvolapalvelujen piirissä on siten vuosittain yli 400 000 lasta ja noin 600 000 vanhempaa. (STM 2009, 26, 110; Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 8; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009, 153.) Kouluterveydenhuolto puolestaan tavoittaa kaikki peruskouluikäiset, eli vuosittain noin 570 000 koululaista (STM 2009, 110). Lasten terveyden edistäminen neuvoloissa ja kouluissa tavoittaa siten Suomessa lähes kaikki lapset ja heidän perheensä ja on universaalina palveluna tärkeä osa perusterveydenhuollon palveluita.

3.3. Ohjaus julkisessa hallinnossa

3.3.1. Ohjauksen teoreettiset perusteet

Ohjauksella tarkoitetaan välitöntä tai välillistä vaikuttamista järjestelmän toimintaan halutunlaisen tuotoksen aikaansaamiseksi. Hallintotieteessä ohjauksella tarkoitetaan yhteiskunnallista tehtävää suorittavan julkisen hallinnon toiminnon tai yksikön toimintaan vaikuttamista niin, että politiikka-prosessissa asetetut päämäärät ja tavoitteet saavutetaan. (Ahlstedt, Jahnukainen & Vartola 1974, 15-17, 42).

Ohjausjärjestelmä koostuu niistä osista ja vuorovaikutussuhteista, jotka vaikuttavat järjestelmään. Ohjausteoreettisesti järjestelmän ohjauksessa on erotettava ohjaavat tahot, ohjattavat tahot, ohjauksen tavoitteet sekä ohjauskeinot. Ohjaavat tahot lähettävät ohjausimpulsseja toisille yksiköille ja oh-

jattavat yksiköt vastaanottavat niitä. Ohjausimpulssi on heräte, jonka ohjaava taho lähettää ohjattavalle taholle toivottavan tavoitteen saavuttamiseksi. (Ahlstedt ym. 1974, 31, 42-43) Ohjausvoimalla tarkoitetaan asemaan tai asiantuntemukseen perustuvaa valtaa vaikuttaa ohjattavan tahon toimintaan (Ahlstedt ym. 1974, 43). Julkisessa hallinnossa ohjaavan tahon ohjausvoima riippuu ao. tahon lainsäädännössä ilmaistusta asemasta. Ohjausvoima voi kuitenkin perustua myös asiantuntemukseen, eli tiedolliseen tai taidolliseen ylivoimaan. Ohjausvoima on myös riippuvainen ohjaustilanteesta (ohjauksen muoto, ajankohta, tilanne), vastaanottajasta (ohjattavan yksikön koko ja ohjattavuus) sekä vastaanottajan tulkinnasta. (Ahlstedt ym. 1974, 58; Niiranen 2006, 205.) Ohjausvoima on voimakkaimmillaan, kun se koskee mahdollisuutta kontrolloida organisaatiota koskevaa tietoa, sen keskeisiä voimavaroja, rakenteita, sääntöjä ja toimintatapoja (Niiranen 2006, 205.)

Ohjausta voidaan pitää hallinnon perusprosessina. Sen avulla pyritään säilyttämään ja uudistamaan hallinnollisen järjestelmän rakennetta, perusominaisuuksia ja toimintoja niin, että järjestelmän tavoitteet toteutuvat ja järjestelmä sopeutuu ympäristöönsä. Poliittishallinnollisella ohjauksella on yhteiskunnan kulloiseenkin arvojärjestelmään perustuvat tavoitteet, jotka tuotetaan politiikkaprosessissa. (Harisalo ym. 1992, 128.) Ohjausta voidaan siten pitää politiikkaprosessin vaiheena, jonka avulla poliittiset päätökset toteutetaan hallinnossa. Poliittisen päätöksentekokoneiston kyvystä ohjata hallintoa on erilaisia näkemyksiä. Ohjausoptimistien mekanistisen käsityksen mukaan poliitikot kykenevät kontrolloimaan ja sääntelemään kuntien toimintaa. Pessimistit taas näkevät asian niin, että poliitikot ovat lähinnä mielipidevaikuttajia, jotka eivät pysty vaikuttamaan pitkän vaikutusketjun monimuotoisiin syy-seuraussuhteisiin. Realistisen käsityksen mukaan politiikan muuttaminen toiminnaksi riippuu monista tekijöistä, joista vain osaan voidaan vaikuttaa. (Oulasvirta ym. 2002, 16.)

Realistisen käsityksen mukaan yhteiskuntapoliittiset ja myös terveyspoliittiset ohjelmat syntyvät erilaisia poliittisia näkemyksiä edustavien ryhmien neuvottelujen tuloksena. Koska ohjelmia luodaan erilaisia intressejä ajavien tahojen neuvotteluissa, ne sisältävät usein kielellistä epäselvyyttä, piilotavoitteita sekä toisilleen vastakkaisia tavoitteita ja toimintamahdollisuuksia. (Vedung 2000, 219-223; Oulasvirta ym. 2002, 33.) Julkisille organisaatioille ovat myös tyypillisiä vaikeasti mitattavat ja epäselvät tavoitteet, kuten esimerkiksi terveyden edistäminen. Toimintaa ohjaavia tavoitteita on myös yleensä useita ja ne saattavat olla keskenään ristiriitaisia. (Virtanen & Stenvall 2010, 37.) Poliittinen tahotila voi siten olla epäselvä ja se voi myös muuttua hallinnon kannalta turhan nopeasti. Poliitiikan toteutuminen käytännössä on lisäksi sitä todennäköisempää, mitä mielekkäämmäksi ohjattava kokee politiikan sisällön (Oulasvirta ym. 2002, 33). Lisäksi on selvää, että vain osa

julkisten palvelujen tuotantoon vaikuttavista tekijöistä on valtakunnallisten päätöksentekijöiden kontrolloitavissa (Niiranen 2006, 204-205).

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on realistinen näkemys valtion ja kuntien välisestä suhteesta sekä ohjauksesta. Oletuksena on, että kansallisen hallinnollisen ohjauksen keinoin voidaan vaikuttaa palvelujen toteutukseen käytännössä, vaikkakin käytännön toteutukseen vaikuttavat myös muut tekijät.

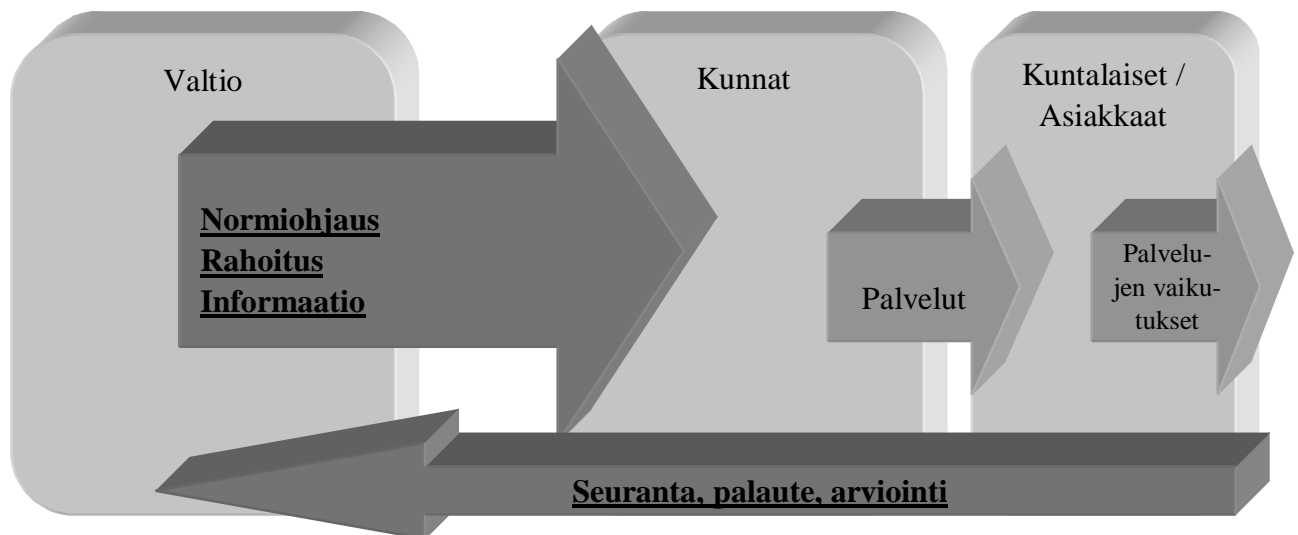
3.3.2. Ohjausvälineet

Ohjausvälineet tuotetaan julkisen hallinnon politiikkaprosessissa ja niillä ilmaistaan prosessissa muodostunut julkisen vallan tahtotila. Ohjausvälineiden tai ohjaustekniikoiden valinta perustuu eri ajanjaksoina vallitsevaan arvoperustaan ja hallintokulttuuriin (Harisalo ym. 1992, 130). Krasnikin (2010, 24) mukaan hallitukset voivat tehdä uudistuksia palvelujärjestelmään lainsäädännön, rahoituksen, priorisoinnin ja standardin asetteluin. Hallinnollisen ohjauksen ohjausvälineitä voidaan kuitenkin luokitella monin tavoin (Oulasvirta ym 2002, 16). Palvelujärjestelmän sääntelyn eli ohjauksen säätelykeinoja voivat olla mm. lainsäädäntö, ohjeistukset, koulutus, valtuutukset, sopimukset, tiedon tuotanto, eettiset säännöt ja kontrolli (Hoeyer ym 2010, 64). Heuru, Mennola ja Ryyänen (2011) jakavat ohjauskeinot käskyohjaukseen, sääntöohjaukseen, tavoiteohjaukseen, ohjelmaohjaukseen, muoto-ohjaukseen, määräraha-ohjaukseen sekä informaatio-ohjaukseen. Edellä mainituista käskyohjauksella tarkoitetaan yksittäistä toimintakäskyä. Muoto-ohjauksella säädellään hallinnon rakenteita, menettelytapoja ja henkilöstörakennetta. Tavoiteohjauksessa ja ohjelmaohjauksessa asetetaan toiminnalle tavoitteet ja ohjelmaohjauksessa osoitetaan lisäksi keinot, joilla tavoitteet tulisi saavuttaa. Tavoite- ja ohjelmaohjauksen erottaminen toisistaan on melko keinoitekoista. (Heuru ym. 2011, 267-268.)

Minna Kaarakainen (2008) on tutkinut väitöskirjassaan valtion ja kuntien välisten suhteiden muutosten vaikutusta perusterveydenhuollon ohjaukseen Suomessa. Hän jaottelee valtion ohjauksen Lundquistin (1992) luokittelun mukaisesti käskyohjaukseen, sääntöohjaukseen, määrärahaohjaukseen, rekrytointiohjaukseen, organisaatio-ohjaukseen sekä informaatio-ohjaukseen. Käskyohjaus tarkoittaa lainsäädäntöä, sääntöohjaus säännöksiä perusterveydenhuollon toiminnasta ja määräraha-ohjaus valtionosuuksia. Lisäksi rekrytointiohjaus sisältää ohjeistukset ammatillisesta pätevydestä sekä henkilöstömääristä, organisaatio-ohjaus ohjeistuksen siitä, miten palvelut tulee järjestää ja informaatio-ohjaus neuvonannon ja tiedotuksen. Kuntien tuottama tieto toiminnastaan puolestaan ohjaa valtiollista suunnittelua ja kehittämistä (Kaarakainen 2008, 76.)

Vedung (2000) käyttää ohjausvälineistä useita nimityksiä, kuten politiikan työkalut ja hallinnan välineet. Hänen mukaansa hallinnan välineet voidaan jakaa kolmeen toisensa poissulkevaan kategori-
aan, joita ovat normiohjaus, taloudellinen ohjaus ja informaatio-ohjaus. (Vedung 2000, 122-123.)
Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall (2002) käyttävät tutkimuksessaan Suomen kuntien terveydenhuol-
lon ohjauksesta lähtökohtanaan Vedungin ohjauskeinojen jaottelua. Myös Anttiroiko, Haveri, Kar-
hu, Ryynänen ja Siitonen (2003, 16), Mattila (2010, 161) sekä Melkas (2010, 46) käyttävät em.
pelkistetympää ohjauskeinojen jaottelua.

Koska valitun politiikan toteuttaminen on monimutkainen prosessi, ohjaavan tahon olisi syytä seu-
rata ja arvioida politiikan toteutumista ja tarvittaessa muuttaa ohjauskeinoja. Ilman politiikan toi-
meenpanon seuranta ja valvontaa poliittinen ohjaus jää puolitiehen (Oulasvirta ym. 2002, 33, 35,
38). Ahlstedt, Jahnukainen ja Vartola (1974, 51) toteavat, että ohjaukseen sisältyy myös seuranta,
jossa toimintayksiköt analysoivat toiminnan taloudellisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden lisäksi
toimintansa vaikutuksia. Tässä tutkimuksessa käytetään Vedungin (2000, 129) ohjauskeinojen ja-
ottelua lainsäädäntö- eli normiohjaukseen, taloudelliseen eli fiskaaliseen ohjaukseen sekä informa-
tio-ohjaukseen, lisäksi ohjauskeinoiniin luetaan kuuluvaksi toiminnan seuranta ja valvonta.



Kuva 2. Julkisten palvelujen ohjausvälineet julkishallinnon järjestelmässä (kuvassa alleviivattuna).

Ohjauskeinoista vahvin ja velvoittavin on *normiohjaus*. Normiohjauksen keinoja ovat lainsäädän-
nön lisäksi valtioneuvoston sekä ministeriön asetukset. Normiohjauksella säädetään terveyden-
huoltojärjestelmän puitteista, rakenteista sekä vastuista niin, että terveydenhuolto palvelee mahdol-
lisimman hyvin kansalaisia. *Resurssiohjaukseen* sisältyy valtionosuuksien lisäksi erilliset hankera-

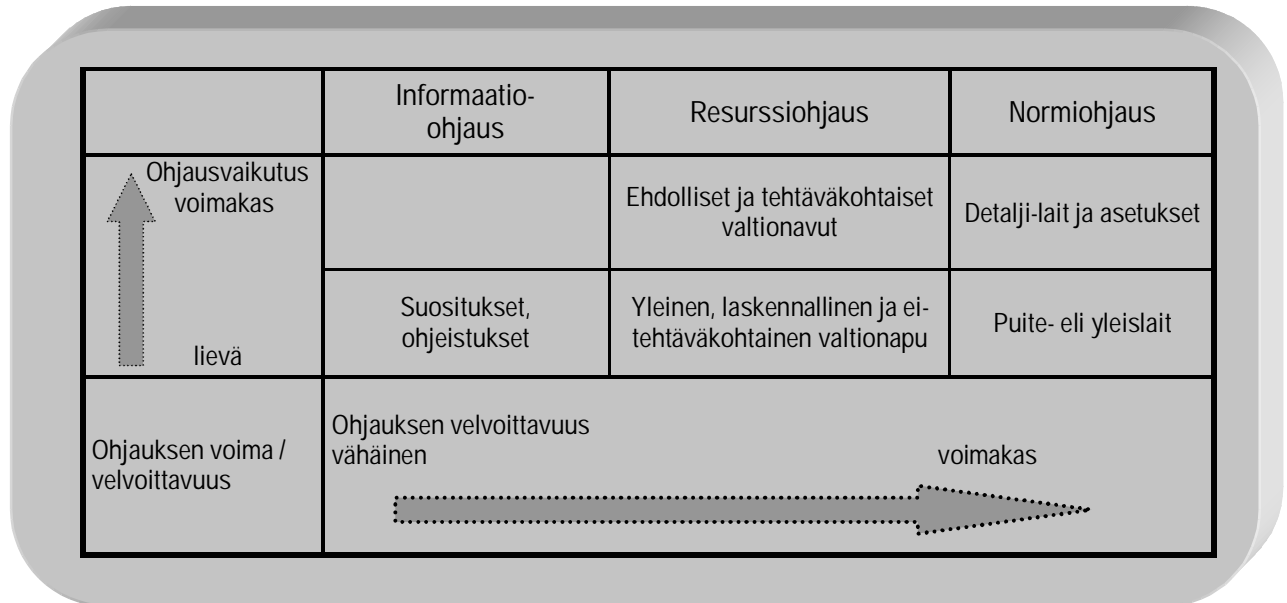
hoitukset. Ohjauskeinoista kevyin on *informaatio-ohjaus*. (Vedung 2000, 126; Oulasvirta ym. 2002, 29; Mattila 2010, 161, 164.)

Lainsäädäntö on valtion keskeisin keino toteuttaa haluttua politiikkaohjelmaa. Lait voivat olla yleislakeja, ns. puitelakeja, joissa kuntien tehtävistä säädetään väljästi tai yksityiskohtaisia detalji-lakeja. Puitelain etuna on, että siinä huomioidaan eduskunnan rajallinen päätöksentekokapasiteetti ja jätetään kunnille harkintavaltaa tehdä paikallisiin olosuhteisiin sopivia ratkaisuja. Puitelait sopivat hyvin monimutkaiseen palveluympäristöön, jossa tilanteet ja tarpeet vaihtelevat. Toisaalta puitelain heikkoutena voivat olla tarkentavien ohjeiden paljous, päätöksenteon siirtyminen hallintoviranomaisille ja tuomioistuimille sekä eri kuntien asukkaiden joutuminen eriarvoiseen asemaan kuntien tulkitessa lakia eri tavoin. Normiohjaus voi olla luonteeltaan joko positiivista eli toivottavana pidettyyn suuntaan ohjaavaa, tai negatiivista eli tietynlaisen käyttäytymisen ehkäisyyn tai kieltämiseen suuntautuvaa. (Vedung 2000, 129-131; Oulasvirta ym. 2002, 24-25, 40, 47.)

Resurssiohjaus voi myös olla luonteeltaan positiivista tai negatiivista: halutunlaisen toiminnan aikaansaamiseksi voidaan käyttää kannusteita ja taloudellista tukea tai ei-toivottua toimintaa voidaan suitsia verotuksen tai sanktioin. (Vedung 2000, 132; Oulasvirta ym. 2002, 25-27.) Kuntien asema terveystalouden tuottamisessa on keskeinen, mutta valtio on osoittanut kunnille enemmän tehtäviä kuin mihin kuntien omat tulot riittävät. Em. fiskaalin tasapainottomuuden poistamiseksi valtio siirtää valtionapuna kunnille varoja lakisääteisten tehtävien hoitamisen mahdollistamiseksi. (Oulasvirta ym. 2002, 83.) Valtionosuusjärjestelmän tarkoituksena on varmistaa, että kaikki kunnat selviytyvät lakisääteisten peruspalveluiden tuottamistehtävästään. (Niemelä & Saarinen 2008, 82-84; Heuru ym. 2011, 53, 333). Valtionavut voivat olla ehdollisia ja tehtäväkohtaisia tai yleisiä eli ei-ehdollisia. Yleinen valtionapu ei edellytä kunnalta tiettyjen tehtävien hoitamista, tehtäväkohtainen valtionapu on sidottu tiettyjen tehtävien hoitamiseen. Laskennallisiin, ei-ehdollisiin, valtionapuihin ei liity ohjausvaikutusta, vaikkakin avun määräytyminen tietyillä kriteereillä on viesti kunnille siitä, mihin valtio toivoisi rahat käytettävän. Valtionaputeorian mukaan tehtäväkohtainen apu on yleistä apua tehokkaampi ohjausväline (Vedung 2000, 131-133; Oulasvirta ym. 2002, 84, 86, 90.)

Informaatio-ohjauksessa välitetään ohjattaville tahoille suosituksia ja tietoa siitä, mitä ohjaava taho arvostaa ja mikä olisi toivottavaa. Informaatio-ohjaukseen ei sisälly pakkoa, vaan suositusten noudattaminen on kohteen omassa vallassa. Informaatio-ohjaus on sopiva keino silloin, kun poikkeamat sallitaan ja ohjaavan sekä ohjattavan intressit ovat samansuuntaisia. (Vedung 2000, 133-134; Oulasvirta ym. 2002, 28-29.) Informaatio-ohjauksen muotoja ovat esimerkiksi hoitosuosituksset, laatusuosituksset, oppaat sekä vertailu- ja arviointitiedon välittäminen, koulutus ja tiedottaminen. (Ou-

lasvirta ym. 2002, 43.) Lisäksi informaatio-ohjaukseksi voidaan lukea sosiaali- ja terveystalouden tavoitteet ja linjaukset (Stenvall & Syväjärvi 2006, 19).



Kuva 3. Ohjauskeinojen voima ja velvoittavuus.

Politiikan toimeenpanoon liittyy keskeisesti toiminnan seuranta ja valvonta. Ahlsedtin, Jahnukaisen ja Vartolan (1974, 51) mukaan julkisen hallinnon valvonnan muotoja ovat laillisuusvalvonta, talousvalvonta (varainkäyttö, tilintarkastajat) sekä tarkoituksenmukaisuusvalvonta (päämääriin ja tavoitteisiin liittyvä valvonta). Laillisuusvalvontaan liittyy yleensä valtuuksia sanktioiden määräämiseen (Hansson 2002, 20). Valvonta voi olla luonteeltaan ennakollista tai jälkikäteistä. Ennakolliseen valvontaan voidaan lukea kuuluvaksi esimerkiksi toimijoiden ammattipätevyyden edellyttäminen tai toiminnan luvanvaraisuus, jälkikäteiseen valvontaan puolestaan valvontavirnaomaisten suunnitelmallinen palvelujen toteutumisen seuranta sekä kanteluiden perusteella tehtävät selvitykset. Muihin ohjauksen muotoihin liittyvä säännöllinen ja suunnitelmallinen valvonta lisää ohjauksen tehoa. Mikäli valvontaan vielä liitetään sanktiomahdollisuus lisää se ohjauksen ja valvonnan tehoa entisestään. (Oulasvirta ym. 2002, 35-36.)

3.3.3. Ohjauksen kokonaishahmo - hajautettu tai keskitetty hallinto

Valtiollisen ohjauksen ohjauspolitiikka ja valitut ohjauskeinot ilmentävät omaa aikaansa ja muuttuvat yhteiskunnassa vallitsevien ideologisten painotusten myötä (Niiranen 2006, 206). Julkisessa hallinnossa hyväksytyt tai hyvänä pidetyt ohjauskäytännöt ovat siksi vaihdelleet aikojen kuluessa (Oulasvirta ym. 2002, 37) huolimatta siitä, että julkisen hallinnon perusolemuksen kuuluu muuttumattomuus (Vartola 2004, 107-112). Hallintopolitiikassa voidaan havaita vähittäisiä muutoksia

jotka heijastuvat kaikkiin hallinnonaloihin. Markku Temmes (2008) on tarkastellut tutkimuksessaan Suomen hallintopolitiikan pitkiä kehitysaaltoja. Kehitysaaltojen olennaisena elementtinä on hallintokoneiston keskityksen ja hajautuksen vaihtelu syklisesti pitkällä aikavälillä. Keskityksen ja hajautuksen välisessä tasapainossa voidaan havaita pitkän aikavälin muutoksia, jotka säätelevät koko hallintokoneiston ohjausta. (Temmes 2008, 70-73.) Hallinnon hajautuksen ja keskittämisen vaihtelu ilmenee mm. siinä, millaisia julkisen ohjauksen välineitä eri aikakausina käytetään.

Hajauttamisen perusoletus on, että on olemassa keskus, josta hajautetaan. Liikettä keskuksesta pois päin kutsutaan hajauttamiseksi, liikettä takaisin keskukseen päin keskittämiseksi. Hajauttaminen lisää toimivaltaa ja vastuuta sinne minne hajautus kohdentuu. (Kaarakainen 2008, 29, 72.) Hajauttamisella voidaan tarkoittaa poliittisen päätöksenteon delegoimista paikalliselle tasolle, hallinnollisen päätöksenteon delegoimista poliitikoilta virkamiehille, tehtävien siirtoa paikalliselle tasolle tai yksityistämistä, jolloin toimintoja siirretään julkiselta yksityiselle sektorille (Krasnik 2010, 118). Rondinellin mukaan hajauttaminen tarkoittaa julkisten toimintojen resurssien, työtehtävien tai päätösvalan siirtämistä paikallisille tai keskushallintoa alemmille tasoille tai itsenäisille valtiollisille organisaatioille tai yksityiselle sektorille (Kaarakainen 2008, 51).

Hajauttamisen ulottuvuuksiksi voidaan nimetä poliittinen, hallinnollinen ja taloudellinen eli fiskaalinen hajauttaminen. Poliittisella hajauttamisella tarkoitetaan yleisen poliittisen vallan siirtämistä paikallishallinnolle. Tavoitteena on antaa kansalaisille ja heidän edustajilleen enemmän valtaa yleisestä päätöksenteosta, jolloin paikalliset tarpeet tulevat paremmin huomioduksi. Hallinnollisen hajautuksen myötä siirretään julkisia palveluita ja niihin liittyvää vastuuta, päätösvaltaa ja/tai resursseja keskushallinnolta paikalliselle tasolle. Taloudellinen eli fiskaalinen hajauttaminen tarkoittaa valtion varojen ja taloudellisen vastuun siirtämistä paikalliselle tasolle. Jotta hajautetut yksiköt voivat toimia tehokkaasti, on niillä oltava riittävät resurssit ja myös päätösvalta varojen käyttämiseen. Kunnan sisäisen hajauttamisen ulottuvuuksia voidaan jäsentää samoin elementein kuin valtiollistakin hajauttamista (Kaarakainen 2008, 57-60, 66).

Hallinnon hajauttamisella pyritään yleensä tuottavuuden kasvuun, laajempaan ja vaihtelevampaan palvelujen tarjontaan, paikallisen päätöksenteon tukemiseen sekä priorisoinnin delegointiin paikalliselle tasolle (Krasnik 2010, 118). Temmeksen (2008, 71) mukaan hajautetun hallinnon mallissa voidaan paremmin hyödyntää joustavuutta, resursseja ja ihmisten luovuutta. Hallinnon hajautusta, palvelujen ohjauksen delegointia, perustellaan yleensä myös sillä, että paikallisella tasolla on paras tieto alueen väestön tarpeista. Hajautettua terveydenhuoltojärjestelmää pidetään myös yleisesti keskitettyä järjestelmää joustavampana. (Vallgård 2010b, 15.)

Hallinnon keskittämistä perustellaan yleensä yhdenmukaisuuden tarpeella, johdonmukaisuudella sekä resurssien jaon järkevyydellä. Sen käänköpuolena năhdăă keskitettyjen organisaatioiden jăykkyys, hitaus ja paikallisten tarpeiden unohtaminen. (Kaarakainen 2008, 53.) Terveystenhuollon ohjauksen keskittămistă perustellaan usein sillä, että keskitetty hallinto varmistaa palveluiden yhdenmukaisuuden eri osissa maata. Suuremmissa yksiköissă myös palvelujen sekä asiantuntijuuden laatu voidaan varmistaa paremmin kuin pienissă ja hajautetuissa yksiköissă. (Oulasvirta ym. 2002, 42; Krasnik 2010, 127; Vallgărda 2010b, 15.)

Kaarakaisen mukaan (2008, 29) hajauttaminen voidaan năhdă jatkuksen äăripăină tai molemmat omina ilmiöinăă. On myös huomattava, että kaikki hallinnot ovat sekoitus keskitettyă ja hajautettua jărjestelmăă, koska keskittămistă sekä hajauttamista voi tapahtua eri tasoilla yhtă aikaa (Kaarakainen 2008, 51). Vallgărda (2010b, 15) mukaan terveydenhuoltojărjestelmissă tapahtuukin usein samanaikaisesti sekä keskittămiseen että hajauttamiseen liittyviă kehityskulkuja. Hajauttamisen ja keskittămisen eivăt siten ole ilmiöină yksiselitteisiă. Terveystenhuoltojărjestelmien hajautuksen ja keskittămisen "aallot" kuitenkin kulkevat kăsi kădessă yhteiskunnan muiden kehityskulkujen kanssa (Hoeyer ym. 2010, 85).

Tăssă tutkimuksessa tarkastellaan hallinnon hajautuksen ja keskittămisen vaihtelua (vrt. Vedung 2000, 136) keskushallinnon ja kuntien vălillă terveydenhuoltojărjestelmăn yhden osa-alueen, lasten terveyden edistămisen osalta. Lasten terveyden edistămisen hallinnollisten ohjauskeinojen yhteisvaikutuksesta muodostuu eri aikoina eri tavoin painottuva keskitetyn tai hajautetun ohjauksen kokonaisuus, joka puolestaan vaikuttaa lasten terveyden edistămisen kăytăntöihin kunnissa eri aikoina eri tavoin.

3.3.4. Terveystenhuoltojărjestelmăn ohjaus

Suomessa perustuslaki on terveystenpolitiikan kannalta keskeisen tärkeă (Leppo 2010, 42). Perustuslain (L731/1999) mukaan "julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystenpalvelut ja edistettävä văestön terveyttă". Julkinen valta, eli valtio ja kunnat, vastaavat siten Suomessa yhdessă peruspalvelujen jărjestămisestă. Suomen terveydenhuoltojărjestelmăssă valtio ohjaa palvelujen jărjestămistă ja kunnilla on toimeenpanijan ja palvelujen jărjestămisrooli (Mattila 2010, 161; Melkas 2010, 45; Heuru ym. 2011, 53). Sosiaali- ja terveystenministeriöllă on vastuu terveystenpalvelujen ohjaamisesta (Oulasvirta ym. 2002, 107; Vuorenkoski ym. 2008, 4, 73).

Julkishallinnollinen ohjaus säätelee terveyspalvelujen tuottamista. Terveystenhooltojärjestelmän julkishallinnollisella ohjauksella tarkoitetaan (Vohlosen 1998, 93) mukaan yhteiskunnallisten instituutioiden päätöksin tapahtuvaa terveystalveluiden kysynnän ja tarjonnan välisten sääntöjen luomista, ylläpitoa ja valvontaa. Terveystenhooltojärjestelmän ohjauskeinojen valinta on terveystpolitiikan ydinaluetta. Terveystpolitiikka voidaan määritellä joko näkemyksiksi ja toimenpiteiksi, joiden avulla yhteiskunnassa pyritään vaikuttamaan väestön terveyteen tai väestön terveydentilan kehittämistä koskevien toimien ja ratkaisujen kokonaisuudeksi. Terveystpolitiikan sisältö ja painotukset kytkeytyvät siihen, mitä kansalaisesta, perheestä ja valtiosta ajatellaan ja kenen tai minkä syyksi sairastavuus ja kuolleisuus tulkitaan. (Harjula 2006, 101; Harjula 2007, 9-10.)

Terveystpolitiikan ideaalimääritelmän mukaan terveystpolitiikan tavoitteena on edistää väestön terveyttä ja huolehtia siitä, että terveys jakautuu mahdollisimman tasaisesti. Tavoitteena on kansanterveyden parantaminen niin, että yhteiskunnan voimavarojen käyttö on optimaalista uusien sairauksien ehkäisemiseksi sekä jo ilmaantuneiden sairauksien hoitamiseksi. Terveystenhooltojärjestelmän julkisen ohjauksen tavoitteena on yhteiskunnan voimavarojen menetysten minimoiminen. (Vohlonen 1998, 40, 95, 106, 108, 145.) Käytännössä terveystpolitiikka ei ole niin rationaalista kuin terveystpolitiikan ideaalimääritelmä antaa ymmärtää. Terveystpolitiikka on osa poliittista kokonaisuutta ja siinä on vaikutteita muilta hallinnon osa-alueilta. Terveystpolitiikka heijastaakin aina vallalla olevaa poliittista agenda. (Hoeyer, Krasnik & Vallgård 2010, 85; Vallgård 2010a, 41-42.) Käytännössä terveystpoliittiset tavoitteet eivät välttämättä edes liity terveyteen vaan heijastavat enemmänkin yleisiä poliittisia tavoitteita (Häkkinen & Lehto 2005, 81), joita voivat olla esimerkiksi pyrkimys kustannusten karsintaan tai kansalaisten valinnan mahdollisuuden parantaminen.

Terveystenhooltojärjestelmän ohjaustpolitiikka ja -keinot muuttavat muotoaan aikojen saatossa. Kaarakaisen tutkimuksen mukaan valtion ja kuntien välinen terveydenhuollon palveluihin liittyvä hajauttamisen aste on myös vaihdellut aaltomaisesti vuodesta 1945 vuoteen 2008. Keskitetty hallintomalli saavutti huippunsa 1970-luvulla valtionjohtoisessa järjestelmässä. Suunta kohti hajautettua järjestelmää lähti kehittymään 1980-luvulla saavuttaen huippunsa 1993 valtionosuusuudistusten ja hallinnonuudistuksen myötä. (Kaarakainen 2008, 169.) Suomen sosiaali- ja terveystpolitiikan ohjaus onkin edennyt tiukasta sääntöohjauksesta informaatio-ohjaukseen (Oulasvirta ym 2002, 18).

Keskitettyä terveydenhuollon ohjausta on viime vuosina pidetty tehottomampana kuin hajautetun hallinnon mallin. Useissa läntisissä maissa terveydenhuollon päätöksentekoa on delegoitu paikalliselle tasolle. Kuitenkin samaan aikaan terveydenhuollon ohjauksessa on useissa maissa havaittavissa myös keskittämiseen liittyviä piirteitä mm. ulkoisen laadun hallinnan ja lisääntyvien säännös-

ten myötä. (Hoeyer ym. 2010, 85.) Myös Suomessa näyttää siltä, että 2000-luvun taitteessa kehitys lähti jälleen kohti keskitetymppää terveydenhuollon hallintoa (Kaarakainen 2008, 169-170; Vuorenkoski ym 2008, xvii, 37). Temmeksen (2008, 72-73) mukaan hallinnon keskityksen ja hajautuksen välisessä suhteessa haetaan tasapainotilaa, jolloin molemmat muutosvoimat kamppailevat jatkuvasti keskenään.

Sirpa Wrede (2000) näkee suomalaisen terveystalouden kehityksessä kaksi rinnakkaista toimintapolitiittista strategiaa, jotka ovat vaikuttaneet suomalaisen terveydenhuollon rakentumiseen. Toisena pääsuuntauksena on ollut sairaala- ja terveystalouden organisoiminen alueellisin hierarkioina siten, että kunnalliset yleislääketieteen alueelliset yksiköt toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidolle. Toisena suuntauksena on ollut kansanterveysajattelu, joka korostaa ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä. Terveystalouden tavoitteena on ollut yhdistää edellä mainitut osiksi yhtenäistä terveydenhuoltojärjestelmää niin, että hoito järjestetään "oikealla tasolla". Erikoissairaanhoidon ja ehkäisevän terveydenhuollon kehittäminen voidaan nähdä toisiaan täydentävänä. Käytännössä kilpailu resursseista ja vallasta on kuitenkin ollut kova. (Wrede 2000, 193-198, 204.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan poliittishallinnollisen prosessin tuloksena syntyneitä käytännön ohjaus- ja sääntelykeinoja, jotka ovat kohdistuneet yhteen terveydenhuoltojärjestelmän osaan, lasten terveyden edistämiseen.

3.4. Kunnalliset palvelut julkishallinnon järjestelmässä

Julkiset palvelut ovat tärkeä osa yhteiskuntapolitiikkaa. Ne ovat poliittisen ohjauksen alaisia ja niiden tavoitteet määritellään yhteiskuntapolitiittisissa linjauksissa. Julkiset palvelut ovat budjettiperusteisia ja niiden laatua sekä määrää ohjataan säännöksin. Julkisille palveluille on ominaista, että ne ovat valtakunnallisesti ohjattuja ja hallinto on rakentunut moniportaiseksi eri hallinnonaloille. (Harisalo ym. 1992, 152.)

Koska julkisella vallalla on nyky-yhteiskunnassa lukuisia tehtäviä, niistä vastaaminen edellyttää yhteistyötä julkisen hallinnon toimijoiden kesken. Lainsäädännön kehitys on vähitellen johtanut siihen, että peruspalvelujen käytännön toteutus on kuntien vastuulla (Heuru ym. 2011, 53, 123-124.) Julkiset palvelut voidaan jaotella hyvinvointipalveluihin, joihin sisältyvät sivistykselliset, sosiaaliset ja terveydenhuollon palvelut sekä infrastruktuuriin liittyviin palveluihin (Harisalo ym. 2007, 123.)

3.4.1. Kunnalliset peruspalvelut

Kuntalain (L365/1995) mukaan kunnan velvollisuus on hoitaa sille laissa määrätty tehtävät. Kuntien toiminta koostuu hyvinvointi- ja palvelutehtävistä, edunvalvonta- ja kehittämistehtävistä, demokradiasta ja politiikasta sekä valtion osoittamista hallinto- ja viranomaistehtävistä. (Anttiroiko ym. 2003, 19-20). Kaikista kunnan tehtävistä tärkeimpänä voidaan pitää julkisten palvelujen tuottamisvelvoitetta (Niemelä & Saarinen 2008, 82-84). Kuntalain (17.3.1995/365) mukaan kunnan on pyrittävä edistämään kuntalaistensa hyvinvointia. Kuntien hyvinvoinnin edistämistehtävällä tarkoitetaan lakisääteisten peruspalvelujen järjestämistä (Harjula & Prättälä 2007, 103-104; Heuru ym. 2011, 52-53). Peruspalvelut ovat palveluja, jotka koskevat suurta osaa väestöstä, vaikuttavat jokapäiväiseen elämään ja joiden puuttuminen aiheuttaa ihmisille merkittäviä ongelmia. (Heuru ym. 2011, 53.) Kunnallisista peruspalveluista tärkeimpinä voidaan pitää sivistyksellisiä sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä palveluja.

Koska julkiset palvelut ovat kansalaisia varten, julkisen palvelun palveluntuottajat ovat tilivelvollisia sekä julkishallinnon hierarkkisessa organisaatiossa "ylöspäin" että myös kansalaisille. Edellä mainittu tarkoittaa sitä, että kansalaisia tulisi kuulla palveluja kehitettäessä. (Harisalo ym. 2007, 128-129.) Yhteisesti rahoitettujen julkisten palvelujen lähtökohtana tulisi siten pitää sitä, että ne kohdistuvat kansalaisten tarpeisiin ja palvelevat kansalaisia mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti.

3.4.2. Lasten terveyden edistäminen kunnallisissa palveluissa

Ehkäisevien terveysten palvelujen perustan muodostavat Suomessa äitiys- ja lastenneuvolan palvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Ne ovat tärkeä osa kuntien järjestämiä lakisääteisiä perusterveydenhuollon palveluja ja niillä on vuosikymmenten perinteet suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Neuvolan sekä kouluterveydenhuollon on katsottu olevan yksi merkittävimmistä tekijöistä suomalaisten lasten ja nuorten terveydentilan kohenemisessä maailman kärkitiloille. Työn tuloksellisuudesta voidaan yhtenä esimerkkinä mainita Suomen lapsikuolleisuuden nopea vähentyminen sotien jälkeen. Vaikka lapsikuolleisuuteen vaikuttavat useat tekijät neuvolajärjestelmä on keskeisesti vaikuttanut siihen, että Suomen lapsikuolleisuus on nykyään maailman pienin. (mm. Haarala ym. 2008 14; Vuorenkoski ym. 2008, 99, 104 151.)

Lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa tehtävän työn tavoitteet ja painopisteet ovat muuttuneet aikojen saatossa väestön terveydentilan edellyttämällä tavalla sekä myös terveysten poliittisten linjausten mukaisesti. Tämän tutkimuksen aineisto kuvaa terveydenhoitotyön kehitystä valtion oh-

jauksessa eri aikakausina. Voidaan kuitenkin todeta, että lasten terveyden edistäminen on kaikkina aikoina sisältänyt tautien ja sairauksien ehkäisyä, lasten normaalin kasvun ja kehityksen tukemisen sekä perheiden tiedollisten ja taidollisten voimavarojen tukemisen (mm. Koponen ym 2002, 95).

Nykyisen lainsäädännön mukaan neuvolapalveluihin sisältyvät sikiön, raskaana olevan naisen sekä alle kouluikäisten lasten terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin seuranta ja edistäminen määräajoin toistuvissa terveystarkastuksissa sekä yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Neuvolapalveluihin sisältyy myös vanhemmuuden tukeminen, lapsen kodin ja kasvuympäristön terveellisyyden edistäminen sekä lapsen tai perheen erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen tunnistaminen, lapsen ja perheen tukeminen sekä tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen tarvittaessa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät koulu- ja opiskeluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden edistäminen, oppilaiden ja opiskelijoiden kasvun ja kehityksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen määräajoin toistuvien terveystarkastuksin, oppilaan huoltajien kasvatustyön tukeminen sekä erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin sekä hoitoon ohjaaminen. (L 30.12.10/1326; VnA 338/2011.)

Lapsen kasvun ja kehityksen seuranta on kautta aikojen ollut, ja on edelleen, neuvolan sekä koulu-terveydenhuollon perustehtävä (Mäki ym 2010, 145). Terveystarkastustyön ytimen ovat myös aina muodostaneet määräajoin toistettavat terveystarkastukset. Terveystarkastus on nykyään määritelty ”kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritetuksi terveydentilan tai toimintakyvyn tarkastukseksi sekä terveyden edistämiseen liittyvän terveydentilan selvittämiseksi” (STM 2009, 25). Neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksiin kutsutaan koko ikä- tai vuosiluokka (VnA 338/2011; STM 2009, 25). Terveystarkastuksissa suoritettavat seulontatutkimukset muodostavat merkittävän osan terveydenhoitotyön sisällöstä. Koko ikäluokan kattavien seulontatutkimusten tavoitteena on löytää hoidettavat sairaudet sekä erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat. (Stakes 2002, 39-40; VnA 338/2011; STM 2009, 30-32; Terho 2002b, 19-20.) Terveystarkastustyön keskeisenä tehtävänä on siten seulonta, jonka avulla pyritään löytämään lasten ja nuorten piilevät sairaudet sekä kasvun ja kehityksen pulmat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa luotettavin ja standardoiduin menetelmin (STM 2007, 16-18, VnA 338/2011, STM 2009, 30-32).

Seulonta on luonteeltaan järjestelmällistä ja jatkuvaa toimintaa, jonka edellytyksenä on mm. se, että seulottavan taudin kulku tunnetaan hyvin ja sille on olemassa tarkoituksenmukainen, yksinkertainen, nopeasti toteutettava, kustannuksiltaan kohtuullinen ja mahdollisimman luotettava seulontamenetelmä. Lisäksi on tärkeää, että taudin varmistamiseen tarvittavat tutkimukset ja hoitomahdollisuu-

det ovat saatavilla ja tautiin on olemassa vaikuttava hoito. (Terho ym. 2002, 169; STM 2007, 16-18.) Seulontatutkimusten tarve ja mielekkyys vaihtelevat väestön iän ja terveydentilan mukaan. Lasten ja nuorten odotettavissa oleva elinikä on pitkä, jonka takia tautien tehokas seulonta, ehkäisy ja varhaisdiagnostiikka ovat merkityksellisiä sekä yksilöiden että myös kansantalouden kannalta harvemmin esiintyvien tautien osalta. (Terho ym. 2002, 169.) Neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastusten havainnoilla on mm. Liuksialan (2000) sekä Valtosen (2004) mukaan todettu olevan hyvä ennustearvo lapsen myöhemmän selviytymisen kannalta (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113). Neuvolatyön sekä kouluterveydenhuollon vahvuutena on se, että niissä tavoitetaan toistuvasti kaikki lapset ja nuoret, jolloin mahdolliset kasvun ja kehityksen viiveet tai muut pulmat havaitaan varhaisessa vaiheessa (Terho 2002b, 19).

Lasten terveyttä edistävät palvelut toteutetaan lastenneuvoloissa sekä kouluterveydenhuollossa. Neuvoloiden sekä kouluterveydenhuollon tärkeimmät toimijat ovat terveydenhoitajia (STM 2009, 41). Neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelee myös lääkäreitä ja perhe-työntekijöitä. Tässä tutkimuksessa lasten terveyden edistämisen kehitystä tarkastellaan kuitenkin neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon tärkeimpien toimijoiden, terveydenhoitajien, työn näkökulmasta terveydenhoitotyön alusta alkaen aina nykypäiviin saakka. Lasten terveyden edistämisen käsitteellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa terveydenhoitajien, aiemmin terveystarkastajien, tekemää työtä, neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitotyöllä tarkoitetaan terveydenhoitajan, terveystarkastajan tai aiemman ammattitutkinnon kunakin ajankohtana voimassa olevan koulutusohjelman mukaisesti suorittaneiden työntekijöiden tekemää hoitotyötä lastenneuvoloissa sekä kouluterveydenhuollossa. Tutkimusraportissa terveydenhoitotyöstä käytetään kunakin ajanjaksona käytössä ollutta nimitystä.

3.5. Terveystarkastusjärjestelmän toimintaan vaikuttavia ympäristötekijöitä

Julkista hallintoa ja julkisia palveluja tarkastellaan tässä tutkimuksessa järjestelmäteoreettisesta näkökulmasta. Julkishallinnollinen järjestelmä ymmärretään avoimeksi, tai paremminkin suhteellisen avoimeksi (vrt Töttö 2006, 70, 74) järjestelmäksi. Avoin järjestelmä on vaihdantasuhteissa järjestelmän sidosryhmien kanssa. Sidosryhmiä ovat ryhmät ja yhteisöt, jotka ovat omien etujensa tai päämääriensä puolesta osapuolina järjestelmän toiminnassa ja siten riippuvaisia järjestelmästä tai josta järjestelmä puolestaan on riippuvainen. (Ahlstedt ym. 1974, 18, 42.) Sekä valtiollinen että kunnallinen poliittis-hallinnollinen järjestelmä ovat avoimia järjestelmiä, jotka ovat vaihdantasuh-

teessa ympäristönsä kanssa. Käytännössä yhteiskunnallinen ympäristö vaikuttaa julkiseen hallintoon ja hallinto puolestaan pyrkii sopeutumaan ympäristöönsä (Turner & Hulme 1997, 52-55).

Julkishallinnon, samoin kuin myös muiden avoimien järjestelmien, ympäristö koostuu järjestelmän ulkoisista ja sisäisistä ympäristötekijöistä. Julkishallintoon kohdistuu siten sekä sisäisiä että ulkoisia vaatimuksia (Harisalo ym. 1992, 33). Vaikka julkisen hallinnon perusolemuksen kuuluu Vartolan (2004, 107-112) mukaan muuttumattomuus, terveydenhuoltojärjestelmät ovat jatkuvasti muutoksessa sekä ulkoisten että sisäisten ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Muutokset voivat olla pieniä vähittäisiä uudistuksia tai laajoja rakenteellisia reformeja. Sarja pieniä vähittäisiä uudistuksia saat-
taa myös johtaa vähitellen laajoihinkin muutoksiin terveydenhuoltojärjestelmässä. (Krasnik 2010, 113-117.) Tässä luvussa kuvataan lyhyesti sellaisia terveydenhuoltojärjestelmän ulkoisia ja sisäisiä ympäristötekijöitä, jotka ovat merkittäviä tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olevan terveydenhuoltojärjestelmän osan, lasten terveyden edistämisen, kannalta.

3.5.1. Terveydenhuoltojärjestelmän ulkokehällä olevia ympäristötekijöitä

Järjestelmän ulkoinen ympäristö muodostuu tekijöistä, jotka eivät ole järjestelmän rakenteita, toimijoita tai prosesseja (Ahlstedt ym. 1974, 13). Julkisen hallinnon toimintaan vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät, julkishallinnon ympäristö. Hallinnon muutoksen lähteitä voivat olla esimerkiksi väestön ikärakenteen, elinkeino- ja alueellisen sijoittumISRakenteen muutokset sekä yhteiskunnan taloudelliset muutokset. Poliittiset muutokset voivat olla esimerkiksi puolueiden kannatuksen ja ideologioiden muutoksia. (Vartola 2004, 57.) Terveydenhuoltojärjestelmän merkittävimiksi ulkoisiksi ympäristötekijöiksi määritellään tässä tutkimuksessa julkisen hallinnon sekä väestön terveyden ja hyvinvoinnin muutokset yhteiskunnan kehittyessä.

Julkisia palveluja hallinnoidaan ja ohjataan useilla hallinnon aloilla, jonka takia hallinto on moniportaista ja palvelurakenteet ovat lohkoutuneet ja erikoistuneet sekä valtion että kuntien tasolla. (Harisalo ym. 1992, 152.) Terveyspolitiikka sisältyy julkishallinnon poliittiseen kokonaisuuteen. Käytännössä terveyspolitiikka heijastaa kulloinkin vallalla olevaa poliittista ideologiaa ja siihen vaikuttavat aina myös muiden hallinnon alojen tavoitteet (Hoeyer, Krasnik & Vallgård 2010, 85; Vallgård 2010a, 41-42). Terveyspoliittiset tavoitteet eivät siten välttämättä liity terveyteen vaan ne voivat ennemminkin määräytyä yleispoliittisista lähtökohdista käsin (Häkkinen & Lehto 2005, 81). Yleispoliittisia terveydenhuoltojärjestelmään vaikuttavia tavoitteita voivat olla esimerkiksi pyrki-
mys kustannusten karsintaan tai palvelujärjestelmän osien yksityistämiseen.

Länsimaiden terveydenhuoltojärjestelmissä on edellisten vuosikymmenten aikana ollut yhdenmukaisia kehityssuuntia: 1960- ja 1970-luvuilla kehitettiin perusterveydenhuoltoa, 1980-luvulla fokuksessa olivat kustannusten rajoittaminen ja priorisointi, 1990-luvulla uusi julkisjohtaminen NPM ja terveydenhuollon ohjauksen hajauttaminen. 2000-luvulla huomiota on enenevässä määrin kiinnitetty laadunhallintaan ja potilaiden oikeuksiin. (Krasnik 2010, 113-117.) Suomalainen terveystoimintatapa on ollut kiinteä osa skandinaavista ja eurooppalaista terveystoimintatapa-keskustelua (Harjula 2006, 108). Suomalaiselle hallintopolitiikalle oli ennen 1990-lukua tunnusomaista hallinnon keskittäminen yhdistettynä vahvaan keskushallintoon. Suomalaisesta hyvinvointivaltiota rakennettiin 1980-luvun lopulle saakka perinteisen vahvan valtionhallinnon ja valtion sekä kuntien perinteisen työnjaon varaan. 1990-luvun alussa hallintopolitiikka muuttui radikaalisti. 1990-luvun uudistusten myötä kunnat vastasivat hyvinvointipalveluiden toteuttamisesta sekä niiden toteuttamisesta. (Temmes 2008, 70-73.) Ajankohtaisia elementtejä terveydenhuollon kuluvien vuosien uudistuksissa ovat länsimaissa olleet organisaatiomuotojen muutokset, potilaiden oikeuksien korostaminen, kustannusten hallinta sekä laadun hallinta, dokumentaatio ja informaatio-ohjaus. Krasnikin (2010) mukaan yksi nykyisten uudistusten pääteemoista on hallinnon hajauttaminen ja palveluiden yksityistäminen. (Krasnik 2010, 118.)

Euroopan Unionissa tapahtuva sääntely, sekä poliittiset ja taloudelliset muutokset Euroopassa vaikuttavat nykyään julkiseen hallintoon merkittävällä tavalla, koska suuri osa kansallisesta lainsäädännöstä johdetaan suoraan EU:n päätöksistä. (Vartola 2004, 57; Ollila 2004, 11.) Euroopan Unioni on perustaltaan talousliitto, jonka puitteissa maailmaa tarkastellaan ensisijaisesti talouden, yritysten ja kaupan näkökulmista. EU:n päätösten vaikutukset kansallisiin terveystoimintatapa-kohtiin kuitenkin kasvavat jatkuvasti huolimatta siitä, että EU:n toimielinten terveyteen liittyvä osaaminen ja resurssit ovat vähäisiä. Vaikka terveystoimintatapa-kohtaiset näkemykset eivät juuri ole EU:ssa esillä päätöksiä tehtäessä, jäsenmaiden terveystoimintatapa-kohtaisia päätöksiä joudutaan yhä enenevässä määrin perustelemaan kauppa-, teollisuus- ja kilpailupoliittisin perustein. (Ollila 2004, 12-14.)

Terveydenhuoltojärjestelmän tärkeimmäksi sidosryhmäksi voidaan nimetä kansalaiset. Julkiset palvelut, julkinen terveydenhuolto on rakennettu kansalaisia varten. Kansalaiset myös ohjaavat koko julkista hallintoa sekä valtakunnallisella että kunnallisella tasolla demokratiaprosessin kautta. Väestön terveydentila ja hyvinvointi muodostavat terveystoimintatapa-kohtaisen lähtökohdan ja terveyden edistämisen tavoitteena on väestön terveydentilan ja hyvinvoinnin kohentuminen. Harjulan (2007) tutkimus suomalaisesta terveystoimintatapa-kohtaisesta 1900-luvulla osoittaa, että näkemykset terveydestä, terveysongelmista sekä terveyden edistämisen keinoista ovat olleet jatkuvassa muutoksessa. Terveyden edistä-

minen on kuitenkin säilynyt terveystalouden julkilausuttuna tavoitteena 1900-luvun alusta alkaen, vaikka sen tavoitteet ovat muuttuneet väestön terveydentilan kohentuessa. (Harjula 2007, 133-136.)

3.5.2. Terveystaloudenjärjestelmän sisäisiä ympäristötekijöitä

Järjestelmän sisäinen ympäristö muodostuu palvelujärjestelmän rakenteista ja toimijoista usealla tasolla. Järjestelmäajattelussa yksittäinen työntekijä on työryhmän järjestelmän osa, työryhmä on organisaation järjestelmän osa, organisaatio puolestaan suuremman järjestelmän osa. Toimintayksikön muodostama kokonaisuus ei ole lopullinen kokonaisuus vaan edelleen osa ympäristöään niin, että lopulta muodostunut palvelujärjestelmän osa on osa hallinnonalajärjestelmää joka puolestaan on erilaisten sidosryhmien kautta osa julkisen hallinnon kokonaisuutta. (Ahlstedt ym. 1974, 148.) Kunnan tehtäviä hoitavat henkilöt jakautuvat luottamushenkilöihin, viranhaltijoihin ja työntekijöihin (Heuru ym. 2011, 230). Jokaisella julkisen hallinnon toimijataholla on velvollisuus pyrkiä siihen, että asetetut päämäärät ja tavoitteet voidaan saavuttaa (Ahlstedt ym. 1974, 43). Henkilöstön tulisi ymmärtää asemansa demokraattisesti hyväksytyn julkisen politiikan toteuttajana ja noudattaa valittua strategiaa, työnjakoa ja hyväksyttyjä sääntöjä. (Harisalo ym. 2007, 35). Julkisia palveluja toteuttavat kuitenkin ammattilaiset, joilla on myös omia intressejä. Terveystalouden palvelujärjestelmän merkittävimmäksi sisäiseksi sidosryhmäksi nimetään tässä tutkimuksessa terveystalouden alan ammattikunnat eli professiot.

Ammattilaisten perusvelvollisuus on tyydyttää väestön tarpeita ja kunnioittaa asiakaskuntansa arvoja. Nämä velvollisuudet muodostavat perustan ammattikunnan autonomiselle erityisasemalle yhteiskunnassa. (Häyry & Häyry 1994, 139.) Ammattikunnat palvelevat yhteiskunnan jäsenten hyväksymiä arvopäämääriä, kuten terveyttä, hyvinvointia, turvallisuutta ja tasa-arvoa. Työn arvopäämäärät sekä työntekijän tarvitsemat tiedot ja taidot muodostavat kuitenkin ammattilaisen auktoriteetin ja asiantuntijuuden perustan. (Airaksinen 1993, 19-36; Häyry & Häyry 1994, 137.) Samalla kun ammatit palvelevat ammattikunnan erityistä päämäärää, ne myös pyrkivät monopolisoimaan oman asemansa. Ammattien perustellessa auktoriteettinsa omien arvopäämääriensä avulla, arvot toimivat ammattikunnan vallan lähteenä. (Airaksinen 1993, 28-29.) Ammatillisten professioiden intressinä on vaalia ja vahvistaa oman ammattikunnan autonomiaa. Työn tuloksellisuuden mittarit kehitetään itse ja niitä myös tulkitaan ja selitetään itse. (Henry 1994, 145-147; Harisalo ym. 1992, 120.) Professionaalisissa ammateissa toimivilla onkin muita suurempi autonomia ja harkintavalta omassa työssään ja he ovat perustaneet voimakkaita järjestöjä, jotka ajavat jäsenkuntansa etuja (Harisalo

ym. 1992, 120; Vallgård 2010b, 10-11.) Professiot myös pyrkivät osallistumaan päätöksentekoon ja vaikuttamaan julkisessa hallinnossa keskeisiin valintoihin

Vahvan sosiaalisen mandaatin yhteiskunnassa hankkineet ammatit voivat määritellä oman toimintansa ehtoja melko itsenäisesti. Ammattikunnilla onkin taipumus kehittää itselleen ammatillinen tietoisuuden taso ja vakuuttaa myös ulkopuoliset hyväksymään omia näkemyksiään. (Airaksinen 1993, 25-26; Parker 1994, 32.) Julkisen sektorin niukkuutta jaettaessa professioiden välinen kilpailu on jokapäiväistä. Ne professiot, jotka kykenevät vakuuttamaan poliitikot ammattinsa merkityksestä väestön ja koko yhteiskunnan kannalta, pystyvät kanavoimaan omalle ammattikunnalleen eniten yhteisiä voimavaroja. (Harisalo ym. 1992, 122.) Wreden (2000, 24) mukaan suomalaisessa terveyspolitiikassa on ollut ja on edelleen kaksi rinnakkaista, mutta myös toistensa kanssa kilpailevaa toimintalinjaa: tehokkaaseen lääketieteellisen tiedon soveltamiseen pyrkivä sairaanhoito ja sairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävä ehkäisevä terveydenhuolto. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ehkäisevän terveydenhuollon kehitystä. Ehkäisevän terveydenhuollon henkilöstön professionaalinen valta on ollut terveydenhuoltojärjestelmässä huomattavasti heikompi kuin sairauden hoitoon keskittyvän lääketieteen professionaalinen valta. (esim. Oulasvirta ym. 2002, 87.) Terveyttä edistävä toiminta onkin erityisen riippuvainen valtiollisesta ohjauksesta, josta syystä sen kehityksen voi olettaa olevan yhteydessä kansallisen ohjauksen vaihteluun.

4. AINEISTON KERÄÄMINEN JA KÄSITTELY

4.1. Tutkimusaineiston kerääminen

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on lasten terveyden edistämisen valtiollinen ohjaus ja terveydenhoitotyön kehittyminen työn alkuvaiheilta, 1900-luvun alusta, nykypäivään. Historiaan suuntautuvassa tutkimuksessa aineiston keruu, lähteiden valinta ja aineiston lajittelu muodostavat tutkimusprosessin lähtökohdan (Matilainen 2001, 217). Tämän tutkimuksen tutkimusaineistona käytetään valmiita painettuja aineistoja (mm. Uusitalo 1991; Eskola & Suoranta 2003, 118). Tutkimusaineisto on koottu lasten terveyden edistämiseen liittyvistä laeista, asetuksista ja ohjeistuksista, lasten terveyden edistämisen ja terveydenhoitotyön historiakuvauksista, terveydenhoitotyötä kuvaavista aiempien tutkimusten tuloksista sekä terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa koskevasta kirjallisuudesta. Aineistona on siten sekä historiallista että tuoreempaa aineistoa.

Kaiken valmiin painetun aineiston arvioimiseksi voidaan käyttää historiallisessa tutkimuksessa käytettyjä aineiston arviointiperusteita ja lähdekritiikkiä. Tutkimuksessa olisi pyrittävä käyttämään mahdollisimman paljon primääri- eli ensikäden lähteitä. (Tallberg 1997, 196; Matilainen 2001, 218-220.) Kun tutkimusaineistona käytetään julkisia dokumentteja, lähdekritiikki on yhtä tärkeää kuin muidenkin dokumenttien osalta. Julkiset dokumentit kertovat vain osan totuudesta, josta syystä niiden rinnalla on tarkoituksenmukaista käyttää myös muita tietolähteitä. (Uusitalo 1991, 96). Jotta tutkija kykenee historiaan suuntautuvassa tutkimuksessa ymmärtämään tutkittua ajanjaksoa ja kontekstia, on tärkeää käyttää lähteenä myös ajanjaksoon liittyvää kirjallisuutta ja historiallisia tutkimuksia (Tallberg 1997, 195; Matilainen 2001, 219).

Tässä tutkimuksessa lasten terveyden edistämisen ohjausta kuvataan ensisijaisesti lakien ja asetusten perusteella, mutta tarpeen mukaan käytetään myös kutakin ajanjaksoa kuvaavaa kirjallisuutta. Lasten terveyden edistämisen ohjausta koskevat lait, asetukset ja keskushallinnon ohjeistukset on koottu liitteeseen 1. Lasten terveyden edistämisen historiaa kuvaavina päälähteenä toimivat historiatutkimuksen menetelmin laaditut teokset Terveys- ja kansanterveysjärjestä (Siivola, 1985) sekä Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan (Sorvettula, 1998). Lasten terveyden edistämisen historiaa kuvaavan muun aineiston hankinnassa tärkein metodi oli em. teosten lähdeluetteloiden tutkiminen. Lasten terveyden edistämisen käytäntöä viimeisinä vuosikymmeninä kuvaava tutkimusaineisto haettiin sekä sähköisistä tietokannoista että tutkimusten sekä kirjallisuuden lähdeluetteloista. Sähköiset haut tehtiin pääosin LINDA- ja ARTO-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin sanoja terveys-

sisar, terveydenhoitaja, terveydenh* neuvola, koulutervey* ja ohjaus. Tässä tutkimuksessa käytetyt lasten terveydenedistämistyötä kuvaavat tutkimukset ja selvitykset on koottu liitteeseen 2.

4.2. Tutkimusaineiston analysointi

Tämän tutkimuksen perusta on kriittisessä realismissa, jonka mukaan yhteiskunnallisen todellisuuden avoimessa järjestelmässä vaikuttavat mekanismit ovat piilossa tapahtumien takana. Osa mekanismeista voidaan todentaa empiirisin kokein, mutta loput on löydettävä "abstrahoimalla" käsitteellisen ajattelun keinoin. Teoriat tarkastelevat olioiden rakenteita ja kausaalimekanismeja, konkreettinen tutkimus puolestaan sitä, mitä reaali maailmassa tapahtuu eri mekanismien yhteisvaikutuksen seurauksena. (Töttö 2004, 262, 265, 269; Töttö 2006, 60-63, 68.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia lasten terveyden edistämisen valtiollista ohjausta ja lasten terveyttä edistävien palvelujen kehitystä valtion ohjauksessa. Tutkimusaineistona toimii lasten terveyden edistämisen hallinnollisesta ohjauksesta sekä käytännön toiminnasta kertovat julkiset asiakirjat, kirjallisuus sekä tutkimukset. Painettu kirjallinen materiaali voidaan luokitella laadulliseksi aineistoksi. Laadullisen aineiston eli tekstin analyysin tarkoituksena on tuottaa tutkittavasta asiasta uutta tietoa tiivistämällä ja selkeyttämällä tutkimusaineiston sisältö hajanaisesta informaatiosta. (Eskola & Suoranta 2003, 15, 118, 137.) Tavoitteena on tiivistää aineistoa niin, että tutkittava ilmiö voidaan kuvata lyhyesti ja tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Cavanaghin mukaan sisällön analyysissä pyritään etsimään aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset, seuraukset sekä asioiden väliset yhteydet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Aineistosta voidaan hakea erilaisuutta, samanlaisuutta tai toiminnan logiikkaa (Tuomi & Sarajarvi 2002, 95).

Maxwell (2012, 109) erottaa realistisessa laadullisessa tutkimuksessa kaksi eri prosessia tai strategiaa, joita ovat aineiston lajittelu sekä aineistossa esiintyvien yhteyksien etsiminen. Yleensä laadullisessa tutkimuksessa muodostetaan kategorioita tai luokkia aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia etsien. Aineistosta löytyvien kategorioiden yhteyksiä muodostetaan kuitenkin useimmiten vain aineistoon perustuen, huomioimatta lainkaan kategorioiden yhteyttä kontekstiin. Maxwellin mukaan realistisessa laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää huolehtia siitä, että aineistoa analysoidessa analysoidaan myös muodostuvien luokkien välisiä yhteyksiä asioiden kontekstiin. Hänen mukaansa realistisessa laadullisessa tutkimuksessa aineiston luokittelu ja muodostuvien luokkien välisten yhteyksien analysointi, konteksti huomioiden, täydentävät toisiaan. (Maxwell 2012, 111-119, 125)

Tuomen ja Sarajärven (2002, 93) mukaan sisällönanalyysiä voidaan pitää väljänä teoreettisena kehystenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Aineistoa voidaan luokitella sisältö- tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohden teoreettisesti hahmoteltavaa kokonaisuutta, tutkimusaineisto pelkistetään ja ryhmitellään aineistosta nostettavien teemojen mukaiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115.) Teorialähtöisessä analyysissä käytetään deduktiivista päättelyä, jossa aineisto kootaan ja sitä luokitellaan valitun teorian tai käsitejärjestelmän mukaisesti. Teorialähtöisessä analyysissä analyysirungon muodostavat valitun teorian mukaiset teoreettiset käsitteet ja luokat. Analyysiä ohjaa teoreettinen malli. Kun analyysirunko on strukturoitu, aineistosta etsitään systemaattisesti vain analyysirungon mukaisia sisältöjä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23-24, 30-33; Tuomi & Sarajärvi 2002, 97-99, 116.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto analysoitiin deduktiivisella, teorialähtöisellä sisällönanalyysillä useammassa vaiheessa. Tutkimusaineiston ajallisen analyysikehikon rakentaminen kuvataan luvussa 5.1. ”Lasten terveyden edistämisen kehityksen ajallisen jaksotuksen rakentuminen”. Koko tutkimusaineisto jaoteltiin em. ajalliseen analyysikehikkoon, jonka myötä muodostuivat lasten terveyden edistämisen kehitysvaiheet (Taulukko 1, s. 46).

Lasten terveyden edistämisen valtiollista ohjausta koskevista asiakirjoista (Liite 1) etsittiin kunakin ajanjaksona käytössä olleita ohjauskeinoja. Ohjauskeinot luokiteltiin Evert Vedungin (2000, 122-134) esittämän julkishallinnollisten ohjausvälineiden jaottelun mukaisesti (Kuva 3, s. 27) lainsäädäntö- eli normiohjaukseen, taloudelliseen eli fiskaaliseen ohjaukseen sekä informaatio-ohjaukseen sekä niiden alaluokkiin. Lisäksi ohjauskeinoin luetaan kuuluvaksi toiminnan seuranta ja valvonta. Kulloisenkin ajanjakson ohjausmenetelmistä muodostettiin ohjauksen kokonaishahmoa kuvaavat tyypit (esim. Eskola & Suoranta 2003, 181). Ohjausvälineiden luokitukset esitetään taulukoin joikaista lasten terveyden edistämisen ajanjaksoa kuvaavassa luvussa.

Lasten terveyden edistämisen käytännön työn kehitystä kuvaavaa aineistoa kerättiin Siivolan (1985) ja Sorvettulan (1998) hoitotyön historiaa kuvaavia tutkimuksia sekä niiden lähdeluetteloita hyväksikäyttäen. Lisäksi kotimaisista tietokannoista etsittiin terveydenhoitotyön lähimenneisyyttä kuvaavaa tutkimustietoa. Tärkeimmät tämän tutkimuksen lasten terveyden edistämistyön käytäntöä kuvaavat selvitykset ja tutkimukset esitetään liitteessä 2. Terveydenhoitotyön kehitystä kuvaava historiatieto sekä tutkimustulokset on koottu tutkimuksen ajalliseen analyysikehikkoon ajanjaksoittain ja se esitetään tiivistettynä sanallisesti. Koska lasten terveyden edistämisen valtakunnallinen ohjaus ja käytännön toiminta ovat monin tavoin sidoksissa kunkin aikakauden laajempaan yhteiskunnalliseen ke-

hitykseen, kunkin ajanjakson yhteydessä esitetään tiivistetysti myös hallintopolitiikan tärkeimpiä kehityssuuntia kyseisellä ajanjaksolla.

4.3. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Ladullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tutkimusraportissa on tehtävä näkyväksi tutkijan subjektiivisuus ja hänen toimintansa, sillä laadullisen tutkimuksen tärkein tutkimusväline on tutkija itse. (Eskola & Suoranta 2003, 210.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen vaan tuotettu tulkinta on aina tutkijan subjektiivinen näkemys (Nieminen 1997, 215-216). Olen pyrkinyt kuvaamaan tekemäni valinnat sekä tutkimuksen etenemisen mahdollisimman avoimesti tässä tutkimusraportissa, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida niitä (esim. Matilainen 2001, 231; Eskola & Suoranta 2003, 215-216). Tutkimuksen lähtökohtana toimi arkityössäni, terveydenhuollon johtotehtävissä, havainnoima lasten terveyden edistämisen ohjauspolitiikan radikaali muutos 2000-luvun ensi vuosikymmenen lopulla. Tiedossa oli, että lasten terveyden edistämistä pidettiin menneinä vuosikymmeninä Suomen terveydenhuollon menestystarinana, mutta 2000-luvulla palvelut olivat pahasti rapautuneet. Tutkimuksen lähtökohtaisena oletuksena on ollut, että terveyden edistäminen on terveystalouden tärkeä tavoite ja myös se, että valtakunnallinen ohjauspolitiikka vaikuttaa julkisten palvelujen toimintaan. Tutkimuksen tavoitteena on ollut pyrkiä löytämään ja tehdä näkyväksi ehdotteisia selityksiä terveydenhoitotyön aaltomaiselle kehitykselle valtion ohjauspolitiikasta. Tutkimus on siten tehty tiedostaen että ilmiöt, joihin huomio kiinnitetään ja tapa, jolla tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan ohjaavat tutkijaa sekä myös tuotettavan tiedon muodostumista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135; Niiranen 2006, 214.)

Kun tutkimuksessa käytetään valmiita painettuja aineistoja ja tutkija kuvaa menneisyyden tapahtumia valitsemiensa lähteiden avulla, lähdekritiikki on olennainen osa arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Ulkoisen lähdekritiikin avulla tutkija osoittaa lähteen aitouden, sen alkuperän, aseman ja tehtävän. Lähteen aitoudesta voidaan tarvittaessa varmistua vertaamalla alkuperäislähteitä muihin asiaa kuvaaviin riippumattomiin lähteisiin. (Tallberg 1997, 198-199; Matilainen 2001, 219.) Tässä tutkimuksessa lasten terveyden edistämisen ohjausta koskeva aineisto koostuu pääsääntöisesti laeista, asetuksista ja virallisista ohjeista (Liite 1). Osittain on myös jouduttu tyytymään toisen käden lähteisiin, esim. julkista ohjeistusta kuvaavaan historiantutkimukseen sekä terveys- ja yhteiskuntapolitiittista tilannetta kuvaavaan kirjallisuuteen. Lasten terveyden edistämisen käytäntöä kuvaava tieto on kerätty sekä historiallista että lähimenneisyyttä koskevista tutkimuksista (Liite 2). Tutkimusaineiston valintakriteerinä on pidetty sitä, että sen avulla voidaan vastata tutkimuskysymykseen.

Niemisen (1997, 215) mukaan laadullinen tutkimus on validi, kun tutkimusaineiston avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen.

Käytettäessä sekundaarilähteitä, eli valmiiksi tutkittua ja tulkittua aineistoa, vaarana on, että mahdolliset asiavirheet ja tutkittavan ajan ideologia toistuvat (Tallberg 1997, 196). Lähdekritiikkiarvioinnissa pyritään ns. riippuvuuskriteerin avulla varmistumaan siitä, että aineistojen samankaltaisuus ei perustu kehäviittauksena aiempaan lähteeseen. (Matilainen 2001, 220-221.) Koska tässä tutkimuksessa on kyse yhteiskunnan makrotasolle pitkällä aikavälillä kohdistuvasta tutkimuksesta, tutkimuksessa on lähtökohtaisesti pyritty käyttämään hyväksi valmiina olevaa tutkimusmateriaalia, jota on kerätty yhteen ja luokiteltu kokonaiskuvan saamiseksi eri aikakausina vallinneesta lasten terveyden edistämisen ohjauksesta ja käytännön toteutuksesta. Tällöin on ollut välttämätöntä luottaa alkuperäisten tutkimusten laatuun ja kuvaukseen todellisuudesta. Aineistoa on kerätty useista lähteistä, jotta se olisi edustava eivätkä tulkinnot perustuisi satunnaisiin poimintoihin kyseisen aikakauden käytännöistä (vrt. Nieminen 1997, 215; Eskola & Suoranta 2003, 215). Mahdollisuuksien mukaan on myös pyritty vertaamaan eri teoksista saatua kuvaa asioiden tilasta.

Sisäisen lähdekritiikin avulla pyritään selvittämään lähteen todistusvoima eli lähteen luotettavuus ja uskottavuus arvioimalla kirjoittajan aikomuksia ja sitoumuksia sekä tekstin sisältöä. (Tallberg 1997, 199; Matilainen 2001, 220). Ns. tendenssikriteerin avulla arvioidaan aineiston tarkoituksen merkitystä tekstin sisältöön, esimerkiksi hoitotyön oppikirjat kuvaavat hoitotyön ihanteita ei sen todellisuutta. (Matilainen 2001, 220-221.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistona olevan materiaalin ymmärretään olevan luotu kulloistakin tarkoitusta varten. Aineisto kertoo todellisuudessa ilmenneistä tapahtumista kunkin kirjoittajan ja tutkijan omista lähtökohdista (mm. Eskola & Suoranta 2003, 141) kunakin ajanjaksona käytössä olleita ja pätevänä pidettyjä tutkimusmenetelmiä käyttäen. Lait, asetukset ja ohjeistukset puolestaan ilmentävät keskushallinnon käsitystä tavoitteena olevasta lasten terveyden edistämisen käytännöstä.

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen toistettavuutta. Vaikka laadullisen tutkimuksen tulkinnot eivät ole sellaisinaan siirrettävissä toiseen kontekstiin (Nieminen 1997, 215), kvalitatiivisen tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen analyysin toistettavuutta. Edellä mainittu tarkoittaa sitä, että tutkijan on noudatettava aineistoa käsitellessään yksiselitteisiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä ja toimittava systemaattisesti. (Uusitalo 1991, 24, 84.) Vähimmäisvaatimuksena on se, että aineiston luokitteluperusteet kuvataan ja perustellaan tutkimusraportissa (Nieminen 1997, 219). Tämän tutkimuksen aineiston analysointi on kuvattu tässä tutkimusraportissa. Aineisto analysoitiin useammassa vaiheessa. Lasten terveyden edistämisen oh-

jauksen vaihtelua ja kehitysvaiheita kuvaamaan luotiin ajallinen analyysikehikko, jonka muodostaminen kuvataan luvussa 5.1. Ajallinen jaksotus muodostaa tutkimuksen rungon. Ajallisen analyysikehikon jaksotus on muodostettu kahden eri tutkimuksen (Anttiroiko ym. 2003 sekä Simoila 1994) perusteella ja tässä tutkimuksessa käytetyn jaksotuksen perustelut on kirjattu tutkimusraporttiin.

Lasten terveyden edistämisen ohjauskeinot kunakin ajanjaksona luokiteltiin Vedungin (2000, 122-134) käyttämää jaottelua noudattaen. Vedungin luokittelu valittiin ohjauskeinojen luokittelurungoksi useiden vaihtoehtojen joukosta, koska sen luokat ovat selkeästi toisensa poissulkevat. Luokittelu esitetään jokaisen luvun lopussa tiivistettynä taulukkomuodossa. Ohjauskeinojen jaottelun analyysi on arvioni mukaan toistettavissa ja siten reliaabeli (vrt. Uusitalo 1991, 24). Terveystenhoitotyön käytännön kehitystä kuvaava materiaali oli tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olevan ajanjakson pituudesta johtuen laadultaan hyvin erilaista; historiakuvausta sekä tutkimusraportteja. Terveystenhoitotyön kehitystä kuvaavasta aineistosta ei ollut tarkoituksenmukaista eikä myöskään mahdollista luoda luokittelukehikkoa, vaan aineisto päädyttiin raportoimaan tekstimuotoisena kuvauksena. Käytetyn aineiston valintaan on vaikuttanut aineiston saatavuus sekä myös tutkimuksen suorittamisen ajalliset reunaehdot. Käytetty aineisto on pyritty valitsemaan mahdollisimman luotettavista lähteistä ja sen luotettavuutta on pyritty tarkastelemaan kriittisesti. Yhteiskunnan makrotasolle pitkällä aikavälillä kohdistuvassa tutkimuksessa on kuitenkin ollut välttämätöntä tehdä monia valintoja. Terveystenhoitotyön käytännön kuvaus ei siten ole sellaisenaan toistettavissa vaan se on subjektiivisten valintojeni summa.

5. LASTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHITYS VALTION OHJAUKSESSA

5.1. Lasten terveyden edistämisen kehityksen ajallisen jaksotuksen rakentuminen

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lasten terveyden edistämisen kehittymistä valtion ohjauksessa. Aineiston analysointia varten rakennettiin ajallinen analyysikehikko, joka perustuu sekä kunnallishallinnon että lasten terveyden edistämistyön keskeisimpien toimijoiden terveydenhoitajien työn kehitysvaiheisiin seuraavassa kuvatus mukaisesti.

Anttiroiko, Haveri, Karhu, Ryyänen ja Siitonen (2003, 80-86) ovat tutkineet sosiaalipolitiikan ja kunnallishallinnon välisiä yhteyksiä kunnallishallinnon kehittyessä Suomessa. He jaottelevat sosiaalipolitiikan ja kunnallishallinnon välisten yhteyksien kehitysvaiheet Suomessa neljään osaan. Kehitysvaihteita ovat:

1. Itsehallinnolliset paikallisyhteisöt köyhäinlaitokuntina, 1860-luvulta alkaen
2. Kunnat valtion paikallisviranomaisina, itsenäisyyden alkuvuosikymmeniltä alkaen
3. Hyvinvointikunnat palvelujen tuottajina 1960-luvulta alkaen
4. Itsehallinnolliset palvelukunnat paikallisen hyvinvointipolitiikan toteuttajina 1990-luvulta alkaen (Anttiroiko ym. 2003, 80-86.)

Kuntien tehtävät sekä asema suhteessa valtioon ovat muuttuneet kehitysvaiheiden aikana (Anttiroiko ym. 2003, 80). Kuvaan tässä tutkimuksessa lasten terveyden edistämistä ja sen ohjauksen kehittymistä kuntien ja valtion välisen ohjauksen vaihdellessa Suomessa em. viitekehyksen mukaisesti. Lasten terveyden edistämisen ohjauksen kehitystä tarkastelen tutkimalla kunakin ajanjaksona käytettyjä ohjausvälineitä, joita ovat Vedungin (1998) mukaan laki- l. normiohjaus, taloudellinen ohjaus sekä informaatio-ohjaus (mm. Oulasvirta ym. 2002, 29). Koska Anttiroikon tutkimusryhmän (2003) kehitysvaiheet ulottuvat 1990-luvulle, mutta havaittavissa oli jo seuraavan vaiheeseen siirtyminen, kuvaan luvussa 5.6 lasten terveyden edistämisen ohjauksen nykyvaihetta.

Lasten terveyden edistämisessä keskeisimpänä toimijoita ovat terveydenhoitajat. Terveystyön kehityksessä on myös havaittavissa omat kehitysvaiheensa. Riitta Simoila (1994) on tutkinut terveydenhoitotyön vaihteita Engeströmin kehittävän työntutkimuksen menetelmällä. Hän nimeää terveydenhoitotyön kehitysvaiheet 1880-luvulta 1990-luvulle seuraavasti:

1. Kiertävien hoitajien aika 1880 – 1923
2. Terveysisarlaitoksen aika 1924 – 1967
3. Terveyskeskuksen terveydenhoitajien aika 1968 – 1990 (Simoila 1994)

Terveydenhoitotyön kehitysvaiheet ajoittuvat pääpiirtein kunnallishallinnon kehitysvaiheiden mukaisesti. Tässä tutkimuksessa kuvataan terveydenhoitotyön kehitystä Simoilan tutkimuksen vaiheiden kirjallisuuden perusteella. Koska myös Simoilan tutkimus ulottuu vain 1990-luvulle, kuvataan terveydenhoitotyön 2000-luvun kehitystä terveydenhoitotyöstä julkaistujen tutkimusten avulla luvussa 5.6. Luvussa 5.7. esitetään yhteenveto lasten terveyden edistämisen sekä sen ohjauksen kehittymisestä Suomessa 1880-luvulta 2010-luvulle.

Tässä tutkimuksessa lasten terveyden edistämisen sekä sen ohjauksen kehitystä tarkastellaan jaotteleamalla kehitysvaiheet seuraaviin jaksoihin:

1. Kiertävien hoitajien aika itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä 1880 – 1923
2. Terveysisarlaitos valtion paikallisviranomaisina toimivissa kunnissa 1924 – 1971
3. Terveydenhoitotyö terveyskeskuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja 1972 - 1992
4. Terveydenhoitotyö itsehallinnollisissa palvelukunnissa 1993 - 2008
5. Lasten terveyden edistäminen palvelukunnissa 2009 alkaen

Ajanjaksojen jaottelu perustuu terveydenhoitotyön ohjeistusten ja lainsäädännön muutoksiin.

Taulukko 1. Lasten terveyden edistämisen kehitysvaiheet 1880-luvulta 2010-luvulle.

Tutkimus / Ajanjakso	1880-luvulta vuoteen 1923	1924 - 1971	1972 - 1992	1993- 2008	Vuodesta 2009 alkaen
Kunnallishallinnon kehitysvaihe (Anttiroiko ym. 2003)	Itsehallinnolliset paikallisyhteisöt köyhäinhoitokuntina 1880-luvulta alkaen	Kunnat valtion paikallisviranomaisina itsenäisyyden alkuvuosikymmeniltä alkaen	Hyvinvointikunnat palvelujen tuottajina 1960-luvulta alkaen	Itsehallinnolliset palvelukunnat paikallisen hyvinvointipolitiikan toteuttajina 1990-luvulta alkaen	
Terveydenhoitotyön kehitysvaihe (Simoila 1994)	Kiertävien hoitajien aika 1880 - 1923	Terveysisarlaitoksen aika 1924 - 1967	Terveyskeskuksen terveydenhoitajien aika 1968 - 1990		
Lasten terveyden edistämisen sekä sen ohjauksen kehitysvaiheet tässä tutkimuksessa	Kiertävien hoitajien aika itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä	Terveysisarlaitos valtion paikallisviranomaisina toimivissa kunnissa	Terveydenhoitotyö terveyskeskuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja	Terveydenhoitotyö itsehallinnollisissa palvelukunnissa	Lasten terveyden edistäminen palvelukunnissa

5.2. Lasten terveyden edistämisen alkuvaiheet - Kiertävien hoitajien aika itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä 1880-1923

Kunnallishallinto sai alkunsa Suomessa 1860-luvulla, kun seurakunnat eivät enää kyenneet huolehtimaan laajanevasta köyhäinhoidosta. Kunnat olivat aluksi köyhiä paikallisyhteisöjä, mutta niiden asema oli itsenäinen. Paikallisyhteisöt huolehtivat oman alueensa köyhistä, orvoista, sairaista ja työkyvyttömistä. (Anttiroiko ym 2003, 80-82.) Kaprion mukaan terveydenhuollon valtakunnallisen kehittymisen edellytyksiä 1800-luvun lopulla olivat kunnallisen itsehallinnon muotoutuminen, kansakoululaitoksen kehittyminen sekä suomen kielen aseman vahvistuminen (Simoila 1994, 25). Kansanterveysliike tuli Suomeen 1800-luvun lopulla (Siivola 1985, 16; Rimpelä 2010a, 23), samaan aikaan kun kunnallishallinto perustettiin. Historiallisessa tarkastelussa kansallisen terveystalouden synty on liitetty modernin valtion syntyyn ja väestön mieltämiseen yhteiskunnan voimavaraksi (Harjula 2006, 101).

Hoitoammattien synty liittyy naisten aseman kehittymiseen yhteiskunnassa 1900-luvun vaihteessa (Siivola 1985, 19). 1800-luvun lopulla piirilääkärijärjestelmä ajautui ongelmiin lääkäreiden liiallisen työmäärän takia. Lääkäreitä oli vähän, väestön terveydentila oli huono ja lapsikuolleisuus oli suurta väestön tietämättömyyden vuoksi. Piirilääkärien resurssit eivät riittäneet sairaanhoidon ohella kansan valistamiseen terveysolojen kohentamiseksi. Piirilääkäreiden avuksi sekä kansanterveysliikkeen mukanaan tuomaa uutta terveydenhoitoaotetta, kansan valistamista, toteuttamaan palkattiin kiertäviä hoitajia. Kiertävät sairaanhoitajattaret työskentelivät sairaanhoitotyössä ja ehkäisevässä työssä työskentelivät kiertävät tuberkuloosihoitajattaret. 1900-luvun vaihteessa alettiin lisääntyvässä määrin kiinnittää huomiota lasten huonoon terveydentilaan. Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto (myöhemmin MLL) sekä Samfundet Folkhälsan kouluttivat ja palkkasivat lasten terveydentilan kohentamiseksi ehkäisevään työhön kiertäviä huoltosisaria sekä kouluterveydenhoitajattaria 1920-luvulta alkaen. Huoltosisaret työskentelivät piirilääkärien alaisuudessa lastenneuvontatyössä imeväiskuolleisuuden vähentämiseksi ja kouluhoitajattaret koululääkärien työparina kansakouluissa koululaisten terveyden kohentamiseksi. Terveydenhoitotyön ensimmäinen kehitysvaihe alkoi kiertävistä hoitajista. (Siivola 1985, 19-30; Simoila 1994, 24-34, 74-75; Sorvettula 1998, 99, 111, 121.)

Yhteenvetona itsehallinnollisten kuntien kiertävien hoitajien ajasta voidaan todeta, että sekä kunnallishallinnon että terveydenhoitotyön alkuvaiheet osuvat yhtäaikaaisesti 1900-luvun vaihteeseen. Itsenäistyneessä maassa terveydenhoito oli aluksi kunnallisen piirilääkäritoiminnan yhteyteen liitettyä järjestöpohjaista kiertävien hoitajien toimintaa. Terveydenhoitotyön alkuvaiheessa työtä ohjaavia lakeja ei ollut eikä työllä ollut lain suoma virallisesti tunnustettua asemaa. MLL täydensi vuo-

desta 1920 alkaen kuntien palveluja luomalla lasten terveyden edistämistyölle toimintamallit sekä sen toteutukselle taloudelliset ja toiminnalliset puitteet. Vapaaehtoiset kansalaisjärjestöt loivat Suomeen sittemmin laajalle levinneen kansantautien torjumisen toimintamallin (Siivola 1985, 27).

5.3. Hajaannuksesta keskitetyn normiohjauksen aikaan - Terveys- ja sosiaalilaitos valtion paikallisviranomaisina toimivissa kunnissa 1924 - 1967

Suomen itsenäisyyden alkuvuosikymmeninä julkinen valta omaksui vähitellen aktiivisen roolin hyvinvoinnin kohentamisessa. Kuntien lakisääteiset tehtävät lisääntyivät ja niiden tehtäväkenttä laajeni. Samalla toimintakäytännöksi kehittyi valtion keskitettyyn sektoriohjaukseen perustuva ohjauskäytäntö. Valtio antoi kunnille lakisääteisiä velvoitteita, osallistui niiden rahoitukseen tehtäväkohtaisin valtionosuuksin ja valvoi yksityiskohtaisesti niiden käyttöä. Kuntien tehtävä oli lakisääteisten palvelujen tuottaminen valtion ohjauksen alaisena. Kunnat muuttuivat itsehallinnollisista paikallis yhteisöistä **valtion agenteiksi, paikallisviranomaisiksi**. (Anttiroiko ym 2003, 82-83.)

5.3.1. Terveys- ja sosiaalilaitoksen alkuvaiheet 1920- ja 1930-luvuilla

1900-luvun alkuvuosikymmenillä kiertävien hoitajien eriytyneet työnkuvat, joissa työ kohdistettiin sairaiden hoitoon, tuberkuloosin ehkäisyyn sekä lasten tai koululaisten terveyden edistämiseen, alkoivat aiheuttaa ongelmia, sillä kodeissa tehtävää työtä oli vaikea jakaa osiin työtehtäviksi. MLL laati siksi vuonna 1924 terveys- ja sosiaalilaitoksen mallijohtosäännön, jossa esitettiin uusi laaja-alainen terveys- ja sosiaalilaitoksen toimintamalli, jonka tavoitteena oli koko kansan terveydentilan kohottaminen sekä ehkäistävässä olevien tautien puhkeamisen ja leviämisen torjunta. (Siivola 1985, 35-37; Simoila 1994, 36-54; Sorvettula 1998, 127.) Lisäksi MLL aloitti samana vuonna aiempaa laajemman terveys- ja sosiaalilaitoksen koulutuksen, joka antoi uusille terveys- ja sosiaalilaitoksille osaamista kaikkiin aiemmin mainittuihin työtehtäviin. (Siivola 1985, 33-36; Simoila 1994, 36-54; Sorvettula 1998, 124.) Koululaitosten koulutuksen MLL oli aloittanut jo vuonna 1922 (Simoila 1994, 37; Sorvettula 122-123; Ruski 2002, 48).

MLL:n vuonna 1924 laatima johtosääntö terveys- ja sosiaalilaitos- ja vuonna 1930 laadittu johtosääntö koululaitosten työlle määrittivät työntekijöiden työtehtävät, vastuut ja oikeudet. Terveys- ja sosiaalilaitoksen johtosäännön mukaan terveys- ja sosiaalilaitoksen tehtävänä oli "valistusta levittämällä ja apuaan tarjoamalla toimia kansan terveydentilan kohottamiseksi ja ehkäistävässä olevien tautien puhkeamisen ja leviämisen torjumiseksi". Johtosäännöt selvensivät terveys- ja sosiaalilaitoksen toiminta-ajatusta paikallisille viranomaisille ja väestölle. (Siivola 1985, 37-39.) Kouluterveydenhoitajattaren johtosääntö sekä opas sisälsivät lisäksi työssä tarvittavan ohjeistuksen sekä ohjeet työn raportointia varten (Sorvet-

tula 1998, 123-124). Terveysisarten työnjakoa muutettiin vähitellen uuden toimintamallin mukaiseksi ja he siirtyivät työskentelemään oman piirinsä perheiden parissa. Piirijakoisesta työskentelymuodosta alettiin käyttää nimitystä "keskitetty terveysisartyö". (Siivola 1985, 62-63; Simoila 1994, 36-54.)

Terveystenhoito vakiinnutti 1920-luvulta alkaen asemansa suomalaisessa yhteiskunnassa yhtenä kansansivistyksen muotona, jossa kansallismieliset ja väestöpoliittiset tavoitteet yhdistyivät (Wrede 2000, 193). Itsenäistyvän kansakunnan väestöpoliittisena intressinä oli mahdollisimman terve ja lukuisa väestö (Rimpelä 2010a, 23) ja lasten sekä nuorten peruselintojen turvaaminen katsottiin isänmaalliseksi tehtäväksi (Sorvettula 1998, 118). Sotavuosina koettujen väestötappioiden myötä kansan olemassaolo koettiin uhatuksi. Väestöpoliittinen huoli nosti äitien ja lasten terveyden turvaamisen elintärkeäksi kansan selviytymisen kannalta. Arvo Ylppö korosti, että on parempi taistella syntyneiden lasten hengissä pitämiseksi terveydenhoidon keinoin kuin pyrkiä lisäämään syntyvyyttä. (Harjula 2007, 55-63, 72.) Kansanterveystyötä pidettiin taloudellisena ratkaisuna kustannuksia aiheuttavaan sairaanhoitoon verrattuna (Harjula 2006, 104).

Terveysisarten työtä rahoitettiin ja johdettiin 1920-1930-luvuilla useilta tahoilta. MLL:n paikallisosastot palkkasi terveysisaret (Simoila 1994, 37), sillä lastenneuvolatoimintaan ei heti saatu valtionapua. Terveysisaret työskentelivät suurimmaksi osaksi MLL:n, jotkut myös kuntien, palkkalistoilla. Kouluhoitajattaret puolestaan toimivat kouluhallituksen alaisina ja valtio korvasi suurimman osan kuntien menoista. (Siivola 1985, 39-40.) 1930-luvulla yhdistykset edelleen hallinnoivat terveydenedistämistyötä, mutta valtio maksoi niille valtionavustusta (Simoila 1994, 39-40). Valtakunnallinen terveysisarkoulutus siirtyi valtiolle vuonna 1931 (Siivola 1985, 58-62; Simoila 1994, 37; Sorvettula 1998, 122-123; Ruski 2002, 48; Pesso 2004, 103), mutta MLL ylläpiti edelleen suurinta osaa neuvoloista, julkaisi terveysisarille tarkoitettua ammattilehteä ja kehitti aktiivisesti terveysisartyön työvälineitä, kuten esim. terveyskortit (Simoila 1994, 37). Ennen sotaa 1939 Suomessa oli noin 170 lastenneuvolaa, jotka olivat suurimmalta osalta yksityisten järjestöjen ylläpitämiä. Kunnat ylläpitivät vain joitain neuvoloita. (Pesso 2004, 103.)

5.3.2. Terveysisarlaitoksen lakisääteistäminen 1940-luvulla

Terveysisartyön hallinto oli hajanainen 1940-luvulle tultaessa, mutta sotien jälkeen kansantalouden ja kansanhuollon sääntely ja ohjaus tehostuivat (Oulasvirta ym. 2002, 18). Järjestöjen varassa kehittyneet toimintamuodot haluttiin saada valtion keskitetyn johdon ja valvonnan alaiseksi (Harjula 2006, 104) ja eduskunta hyväksyi heti sotien jälkeen vuonna 1944 ehkäisevän terveydenhuollon

säädöspaketin, joka sisälsi mm. lain kunnallisista terveyssisarista (L 31.3.44/220, jatkossa terveyssisarlaki) sekä lain kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (L 31.3.44/224, jatkossa neuvolalaki). Säädökset merkitsivät terveyssisar työn virallistamista. Ne siirsivät vastuun kansanterveystyöstä vapaaehtoisjärjestöiltä kunnille ja virallistivat samalla keskitetyn terveyssisar työn toimintamallin. (Siivola 1985, 87-88; Simoila 1994, 43; Sorvettula 1998, 220.)

Neuvolalain (224/44) myötä järjestöjen ylläpitämät neuvolat siirtyivät kuntien haltuun (Harjula 2007, 66-67). Lakien mukaan jokaisessa kaupungissa, kauppalassa ja kunnassa tuli olla koulutettuja terveyssisaria sekä äitiys- ja lastenneuvola (L 31.3.44/220; L 31.3.44/224). Terveysisar laissa (L 31.3.44/220) määriteltiin terveyssisarten tehtävät, joita olivat ”kotien terveyden ja asunnonhoidon ohjaaminen, imeväisten, pienten lasten ja koululaisten terveydenhuolto sekä tuberkuloosihuolto”. Oppivelvollisuusikäisten kouluterveydenhuolto tuli lakisääteiseksi terveyssisar lain (L 31.3.44/220) yhteydessä, mutta oppikouluikäisten kouluhoitajatoiminta jäi edelleen kansanterveysjärjestöjen varaan (Siivola 1985, 152-153).

Neuvolalaki (224/1994) toi kunnallisen neuvolaverkoston luomiselle hallinnolliset ja myös taloudelliset edellytykset, sillä kunnat saivat lain nojalla valtionavustusta terveyssisarten palkkaukseen (Siivola 1985, 88; Sorvettula 1998, 220; Pesso 2004, 103). Ehkäisevän terveydenhuollon säädöspaketti sisälsi terveyssisar työn yksityiskohtaisen taloudellisen ohjauksen elementit (Melkas 2010, 47), sillä lakien keskeisenä osana oli voimavaraohjaus, jossa säädettiin kuntien terveyssisarten määrästä suhteutettuna kunnan väestömäärään (Sorvettula 1998, 220; Melkas 2010, 47). Kunnilla oli velvollisuus palkata terveyssisar jokaista alkavaa 4000 asukasta kohden (L 31.3.44/220). Lisäksi terveysisar laissa (L 31.3.44/220) sekä lääkintöhallituksen vuonna 1945 laatimassa kunnallisessa terveyssisarten mallijohtosäännössä määriteltiin terveyssisarten pätevyys, työn ohjaus, valvonta, palkkaus ja luontaisedut (Siivola 1985, 89-91; Simoila 1994, 44, 50; Sorvettula 1998, 220).

1944 annetun ammattikuntakohtaisen lainsäädännön myötä terveyssisar laitos saavutti itsenäisen aseman kunnanlääkärilaitoksen rinnalla (Simoila 1994, 53). Lääkintöhallitukseen perustettiin 1944 terveyssisar toimen tarkastajan virka ja lääkintöhallitus antoi yksityiskohtaiset määräykset tilastoinnista, asiakaskortistosta ja raportoinnista (Siivola 1985, 89-91; Sorvettula 1998, 220). Kunnissa terveysisar et olivat terveydenhoitolautakunnan alaisia. Mallijohtosäännön mukaan terveyssisarten esimies oli kunnanlääkäri, mutta kunnanlääkäreillä ei kuitenkaan juuri ollut resursseja ohjata terveysisar ten työtä. (Siivola 1985, 90-91.) Kuntien terveyssisar laitoksen ammatillinen ohjaus ja hallintovalvonta jäikin lääninhallinnolle. Lääninlääkärin toimistossa oli läänin terveyssisaria, joiden työtehtäviin sisältyi terveyssisar toiminnan tarkastaminen sekä terveyssisarten ammattitaidon yllä-

pitäminen ja kehittäminen. (Siivola 1985, 181-185; Simoila 1994, 44.) Työn sisällöstä annettiin myös tarkat ohjeistukset lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeillä (Melkas 2010, 47).

Terveysisartyö ja neuvolatoiminta laajennettiin kaikkiin kuntiin 1940-luvun aikana (Häkkinen & Lehto 2005, 82, Rimpelä 2010a, 23). Terveysisart- ja neuvolalakien toimeenpanoa vaikeutti alkuvaiheessa terveysisart- ja lääkäripula, terveysisarten ylisuuret piirit, neuvolatilojen puute ja pitkät matkat. (Siivola 1985, 100; Sorvettula 1998, 338). Kuntiin rakennettiin terveystaloja sekä Rockefeller-säätiön, MLL:n että myös kuntien ja valtion rahoituksella. Terveystaloista muodostui äitiys- ja lastenneuvontatyön keskuksia, joiden tehtävänä oli väestön terveysneuvonta, valistus ja opastus. (Siivola 1985, 92-93; Pessa 2004, 103.) Henkilökohtainen neuvonta todettiin tarkoituksenmukaiseksi ja palvelun maksuttomuuden avulla haluttiin tavoittaa koko väestö. Tavoitteena oli "laskea luja perusta kansalaisten terveydelle ja parantaa kaikkien suomalaisten elinvoimaisuutta". (Harjula 2007, 67-69.)

5.3.3. Terveysisartlaitos vakiintuu 1950-luvulta 1960-luvun alkupuolelle

1950-luvulla pää- ja sivoneuvolaverkosto saatiin valmiiksi ja neuvolat alkoivat olla lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisia (Sorvettula 1998, 339). Terveysisartlaitos vakiinnutti asemansa Suomessa 1950-luvun lopulle mennessä (Simoila 1994, 53; Pessa 2004, 110) ja sen asema oli vahva koko maassa 1960-luvulle tultaessa (Siivola 1985, 200). Suurten ikäluokkien varttuessa huomiota alettiin kiinnittää koululaisten terveyden turvaamiseen, ja vuonna 1952 koululääkärien toiminta säädettiin lakisääteiseksi (Harjula 2006, 104; Harjula 2007, 68). Kouluterveydenhuolto siirtyi koululautakunnan alaisuudesta terveydenhuoltolautakunnalle 1950-luvulla. Kouluterveydenhuoltoa toteutettiin tällöin kaikissa kunnallisissa kansa- ja keskikouluissa sekä yleisissä ammattikouluissa. (Terho 2002a, 14.)

Neuvolatyö ja kouluterveydenhuolto vakiinnuttivat asemansa perusterveydenhuollon ytimessä. Ehkäisevän terveydenhoitotyön ansiosta imeväisyyskuolleisuus aleni ja koululaisten terveydentila parani. (Pessa 2004, 110.) Vuonna 1959 lastenneuvolan kirjoihin tuli jo 95% kaikista syntyneistä ja imeväiskuolleisuus laski vuodesta 1945 vuoteen 1958 63 promillesta 24 promilleen vastasyntyneistä (Siivola 1985, 146). Vuoden 1944 lakien on sanottu olleen Suomen terveydenhuollon peruslakeja, jotka ovat muovanneet suomalaista hyvinvointivaltiota tuoden jokaisen vastasyntyneen ja koululaisen terveydenhuollon piiriin (Siivola 1985, 97). Terveysisartyö loi perustan terveydenhoitajan työlle. Molemmassa työn tavoitteena on lasten kasvun ja kehityksen seuranta, kansan terveyden kohentaminen ja kansansairauksien ehkäisy. (Pessa 2004, 111.)

Taulukko 2. Lasten terveyden edistämisen ohjaus keskitetyn normiohjauksen aikana 1924 - 1971.

	Normiohjaus	Resurssiohjaus	Informaatio-ohjaus	Seuranta / arviointi	Lasten terveyden edistämisen ohjauksen luonnehdinta
Ohjausvälineet		* 1930-luvulta alkaen tehtäväkohtaiset valtionavustukset kouluterveydenhoitajien palkkaukseen	* 1924 kansanterveysjärjestön (MLL) malliohjesääntö	* Raportointi kansanterveysjärjestölle sen ohjeistuksen mukaisesti	Kansanterveysjärjestöjen työnjohdollinen ohjaus
	* 1944 detaljilaki kunnallisista terveyssisarista (L 220/44) - tehtävät, valvonta * 1944 detaljilaki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (L 224/44) * Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet	* 1944 alkaen tehtäväkohtaiset valtionavustukset kunnallisten terveydenhoitajien palkkaukseen - asukasmäärään suhteutettu terveydenhoitajamäärä	* 1945 lääkintöhallituksen mallijohtosääntö * Lääninterveysisaret ammatillisen tuen antajana	* Lääninterveysisaret työn valvojina * Lääkintöhallituksen ohjeistuksen mukainen tilastointi ja raportointi	Keskitetyn velvoittavan normiohjauksen aika
Yhteenveto	Resurssit ja työn sisältö lakisääteiset vuodesta 1944	Ammattikuntaehtainen velvoittava resurssiohjaus vuodesta 1944	Informaatio-ohjaus terveydenhoitotyötä tukevaa	Työn seuranta järjestetty	Kansalaisjärjestön työnjohdollisesta terveyssisar työn ohjauksesta siirryttiin 1944 kuntia voimakkaasti velvoittavaan terveyssisar työn normi- ja resurssiohjaukseen

Yhteenvetona valtion paikallisviranomaisina toimivien kuntien terveyssisarlaitoksen ajanjaksosta voidaan todeta lasten terveyden edistämisen ohjauksen kehittyneen ajanjakson aikana **keskitehtyksi kuntia velvoittavaksi normiohjaukseksi**. Vapaaehtoisjärjestöjen luoma ehkäisevän terveydenhoitotyön työmalli neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa sekä myös terveyssisarten ammattikunta saavuttivat legitiimin aseman vuonna 1944 ehkäisevän terveydenhuollon säädöspaketin hyväksymisen yhteydessä. Lait kunnallisista terveyssisarista sekä kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista sisälsivät yksityiskohtaiset kuntia velvoittavat säädökset terveyssisar työn resursoinnista sekä työn sisällöstä. Detaljilakeja täydennettiin lääkintöhallituksen velvoittavin yleis- ja ohjekirjein sekä tehtäväkohtaisin valtionosuuksin. Informaatio-ohjauksesta ja terveyssisar työn valvonnasta huolehtivat lääkintöhallitusten lääninterveysisaret. Voimakkaan keskitetyn ohjauksen aikana kunnat olivat velvoitettuja järjestämään lakisääteiset terveyssisar työn palvelut valtion paikallisviranomaisen tavoin. Terveyssisar työ sekä neuvoloissa että kouluissa laajeni ja saavutti vakiintuneen aseman universaalina palveluna sekä tärkeänä osana terveydenhuoltojärjestelmää keskitetyn normiohjauksen aikana. Yleisen käsityksen mukaan voimakkaalla ohjauksella luodut ehkäisevän terveydenhuollon

palvelut, neuvolat sekä kouluterveydenhuolto, ovat suurelta osin vaikuttaneet lasten terveyden nopeaan kohenemiseen Suomessa (Melkas 2010, 47).

5.4. Heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aika - Terveystoiminta terveyskeskuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja

Valtion rooliksi ymmärrettiin 1960-luvun Suomessa yhteiskunnan ohjaaminen. 1960- ja 1970-luvuilla uskottiin, että yhteiskunnalliset ongelmat ovat ratkaistavissa ohjauksen ja suunnittelun keinoin. Vallalla oli vahva suunnittelu- ja ohjausoptimismi. (Oulasvirta ym. 2002, 15, 18.) 1960-luvulla hyvinvointivaltion tehtävien laajentamisesta vallitsi Suomessa laaja poliittinen konsensus. Hyvinvointivaltion toiminta ulotettiin vähitellen kaikkiin väestöryhmiin, myös hyvin toimeentulevaan keskiluokkaan. Hyvinvointivaltio laajeni palveluvaltioksi, jossa peruspalvelut olivat kaikkien saatavilla asuinpaikasta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Kunnat muuttuivat laaja-alaista, universaalista palvelua tarjoaviksi **valtion ohjaamiksi hyvinvointikunniksi**. (Anttiroiko ym 2003, 83-85.) Heurun, Mennolan ja Rynäsén (2011, 33) mukaan suomalaisista kunnista tuli 1970-luvulla hyvinvointivaltion paikallisia toimeenpano-organisaatioita kuntien lakisääteisten tehtävien lisääntyessä voimakkaasti.

5.4.1. Kansanterveyslaki tuo terveydenhoitajat terveyskeskuksiin

1960-luvun puolesta välistä lähtien terveydenhuoltopolitiikan painopisteeksi nostettiin perusterveydenhuollon kehittäminen (Häkkinen & Lehto 2005, 82), joka aloitettiin kansanterveyslain valmistelutyöhön ryhtymällä. Kansanterveyslain avulla haluttiin suunnata terveydenhuollon painopiste avoterveydenhuoltoon sen jälkeen, kun maahan oli 1960-luvulla rakennettu koko maan kattava keskussairaalaverkko erikoissairaanhoidon palveluja varten. Kansanterveyslain myötä tavoitteena oli luoda yhdenmukainen terveyskeskusjärjestelmä, jonka myötä kaikilla olisi tasa-arvoinen mahdollisuus käyttää perusterveydenhuollon palveluja. (Simoila 1994, 58; Rimpelä 2005, 262; Vuorenkoski ym. 2008, 22.) Tavoitteena oli myös luoda yhtenäinen perusterveydenhuolto, joka muodostaisi vastapainon vahvalle erikoissairaanhoidolle (Wrede 200, 201).

Kansanterveyslain lähtökohtana oli avohoidon palveluiden riittämättömyys sekä suomalaisen aikuisväestön huono terveys, erityisesti sydäntautien osalta (Melkas 2010, 47). Kansanterveyslakia valmisteltaessa terveyskeskuksista suunniteltiin sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen keskittyviä toimintayksiköitä, joiden avulla menestyksekkäs äitiys- ja lastenneuvolatyyppinen toiminta ulotettaisiin koko väestöön. Lakia valmisteltaessa kansanterveystoimikunta päättyi kuitenkin

siihen, että laissa ei ole tarpeellista antaa yksityiskohtaisia ja velvoittavia ohjeita kunnan kansanterveystyöstä. Kuntia velvoittava sääntely nähtiin tarpeettomana, koska kansanterveystyöllä oli vankat perinteet, toiminta oli vakiintunutta ja kunnat olivat jopa ylittäneet lakisääteiset velvoitteensa ehkäisevien palveluiden järjestämisessä. (Komiteamietintö 1965, 31; Komiteamietintö 1969, 37; Rimpelä 2005, 261-262; Rimpelä 2010a, 24-26; Rimpelä 2010b, 133.)

Kansanterveyslaki (L 28.1.72/66) astui voimaan vuonna 1972 vuosien valmistelun jälkeen. Puitelakina kansanterveyslaki kokosi yhteen säädökset kansanterveystyön eri osa-alueilta. Se kumosi voimaan tullessaan lait kunnallisista terveyssisarista ja äitiys- ja lastenneuvoloista. Kouluterveydenhuolto laajeni kattamaan kaikki kansa-, keski- ja peruskoulut sekä lukiot ja yleiset ammattikoulut. (Siivola 1985, 155, 226.) Lain myötä kouluterveydenhuolto siirtyi osaksi terveyskeskuksen palveluita (Terho 2002a, 15) ja terveyssisaren nimike muuttui terveydenhoitajaksi (Siivola 1985, 228-229; Ruski 2002, 48).

Puitelakina kansanterveyslaki sääti kuntien perusterveydenhuollon tehtävistä varsin väljästi. Normiohjausta kuitenkin täydennettiin antamalla kunnille määräyksiä ja ohjeita terveyspalvelujen organisoinnista ja palvelujen sisällöstä. (Oulasvirta ym 2002, 19, 40.) Vuosina 1972 - 1992 neuvolan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnalliset politiikkatavoitteet ilmaistiin kansanterveystyön valtakunnallisissa vuosittain tarkastettavissa suunnitelmissa sekä lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeissä. (Rimpelä ym 2005, 2; Rimpelä, Wiss ym. 2007, 7; Rimpelä, Happonen, Saaristo, Wiss ja Rimpelä 2008, 7). Lääkintöhallitus antoi ohjekirjeen kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollon toiminnasta 1970-luvulla. Kouluterveydenhuollon tuli sisältää koulun terveydellisten olojen valvonta, oppilaskohtainen terveydenhuolto sekä terveyskasvatus. Lääkintöhallituksen yleiskirjeessä 1981 täsmennettiin vielä ohjeistusta kouluterveydenhuollon järjestämisestä. (Terho 2002a, 15; Terho 2002b, 18-19.) Terveyskasvatuksen kuntaorganisaatiot ja niiden ohjaus luotiin valtakunnallisten suunnitelmien ja lääkintöhallituksen ohjekirjeiden avulla. (Häkkinen & Lehto 2005, 83; Melkas 2010, 47.)

Keskeisenä ohjauskeinona 1960- ja 1970-luvuilla oli resurssiohjaus, joka toteutui valtionapujärjestelmän sekä siihen liittyvän suunnitteluohjauksen ja valvonnan avulla. Valtio pyrki keskitetyllä ohjauksella yhdenmukaistamaan palvelujen laatua ja määrää (Oulasvirta ym 2002, 18-19) niin, että kunnat kehittivät lakisääteiset palvelut halutulle tasolle. Ohjauksella puututtiin hyvin yksityiskohdaisella tasolla keinoihin, joiden avulla haluttuihin päämääriin päästään. (Kokko 2002, 52.) Kansanterveyslain toimeenpanemiseksi luotiin keskitetty suunnittelujärjestelmä, jossa resurssiohjaus ja normit olivat sidotut toisiinsa. Kansanterveystyötä kehitettiin vuosittain tarkastettavien viisivuotis-

suunnitelmien avulla ja kunnat saivat valtionapua vain valtion hyväksymien suunnitelmien mukaisiin investointeihin ja virkoihin Valtakunnallisen suunnitelman noudattaminen oli siten edellytys valtionosuuksien saamiselle. (Siivola 1985, 227; Oulasvirta ym. 2002, 18-19; Häkkinen & Lehto 2005, 83, Melkas 2010, 47.) Myös kouluterveydenhuollon voimavaroja ohjattiin ja seurattiin kansanterveystyön suunnittelujärjestelmän avulla (Rimpelä 2002, 121).

Terveystyön kannalta kansanterveyslaissa oli merkittävää se, että puitelakina kansanterveyslaki ei enää määritellyt ammattikuntakohtaista työnjakoa. Terveyskeskus ymmärrettiin toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jonka työn kohteena oli kunnan asukkaiden terveyden- ja sairaanhoito. Terveystyön toiminta oli yksi osa terveyskeskuksen toimintakokonaisuutta eikä sitä enää erikseen määritely. Äitiys- ja lastenneuvolat sulautuivat osaksi kunnallisen terveyskeskuksen toimintaa. (Simoila 1994, 58.) Kansanterveyslaki ei enää määritellyt terveydenhuollossa toimivien työntekijöiden määrää, mitoitusperusteita, ammattinimikkeitä tai työtehtäviä. Lisäksi terveyskeskusten ammatillinen ohjaus sekä valtakunnan että aluetasolla loppui, kun lääkintöhallituksen tarkastajat sekä lääninhallitusten lääninterveyskeskusten tehtävät lakkautettiin ja työ muutettiin alan asiantuntijoista yleishallinnon virkamiehiksi. (Siivola 1985, 227, 230; Simoila 1994, 59.)

Terveyskeskusten malliohjesäännön mukaisesti kuntien terveyskeskuksiin muodostettiin sairaalalaitoksen mallin mukaiset organisaatorakenteet (Siivola 1985, 230) ja terveydenhoitajien asema muuttui itsenäisestä työntekijästä osastonhoitajan alaiseksi. Osastonhoitajilla ei kuitenkaan välttämättä ollut terveydenhoitotyön osaamista. Terveyskeskuksissa työtä organisoitiin erikoissairaanhoidon tautikohtaisten erikoisalojen mukaan ja terveyskeskuksiin perustettiin mm. diabetes-, reuma- ja verenpainevastanottoja. Ajan henki suosi erikoistumista ja virkoja oli helppo perustella ja saada uusiin eriytyneisiin työmuotoihin. (Siivola 1985, 229, 232; Simoila 1994, 61, 68.) Myös terveydenhoitajien työnjakoa muutettiin alueellisesta piirijakoisesta työstä sektorikohtaiseen työhön (Simoila 1994, 70; Pesso 2004, 110). Sektoroidussa työssä terveydenhoitajat työskentelivät joko neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa ja työn kuva oli yksipuolinen (Pesso 2004, 110). Työn luonne muuttui, kun terveyskeskustyön perhekeskeisyys väheni ja toiminnassa painottui yhä enemmän vastaanotto toiminta (Siivola 1985, 228-229; Ruski 2002, 4). Koska työn mitoitusperusteita ei enää ollut, terveydenhoitajien asiakasmääriä lisättiin, eikä työaika enää riittänyt kotikäynteihin. Myöskään perheiden pulmiin ei ollut enää mahdollisuutta vastata samoin kuin aiemmin (Simoila 1994, 193.) Terveyskeskusten perhekeskeisen työn pirstoutuessa tilalle tuli tehokas, suoritteita korostava neuvola. Terveystyönajat kokivat toimintaedellytystensä sekä ammatillisten kehitty-

mismahdollisuuksiensa vähentyneen voimakkaasti kansanterveyslain voimaantulon myötä. (Siivola 1985, 232-235.)

5.4.2. Terveyskeskusten normi- ja resurssiohjauksen höllentyminen 1980-luvulta 1990-luvun alkuun

Kansanterveyslain myötä kuntiin rakennettiin runsaasti uusia toimitiloja ja henkilöstömäärät kasvoivat nopeasti 1970- ja 1980-luvuilla (Siivola 1985, 229). Terveystenhuoltojärjestelmän kasvu jatkui 1980-luvulle saakka, palvelujen laatu koheni ja alueelliset erot palveluissa vähenivät (Vuorenkoski ym. 2008, 24). Koko maan kattava perusterveydenhuollon ja neuvolaverkoston toimintarakenne oli vakiintunut 1980-luvulle tultaessa (Rimpelä 2010a, 24). 1980-luvulla alettiin kuitenkin kritisoida hallinnon keskittymistä ja julkisten menojen jatkuvaa kasvua (Oulasvirta ym. 2002, 18-19; Vuorenkoski ym. 2008, 25). Myönteinen suhtautuminen valtion ohjaukseen ja valvontaan alkoi vähentyä ja muuttua byrokratian kritiikiksi (Rimpelä ym. 2006, 26). Keskitetty valtiollinen terveystoiminta alettiin nähdä harvainvaltaisena sanelupolitiikkana, jonka tiukoista normeista ja poliittisesta päätöksenteosta haluttiin päästä eroon (Wrede 2000, 202-203). Kansanterveyslain toimeenpanemiseksi luotu suunnittelujärjestelmä oli tarkka ja jäykkä eikä keskitetyssä järjestelmässä kyetty riittävästi ottamaan huomion paikallisia tarpeita. Järjestelmää alettiinkin vähitellen keventää 1980-luvun lopulla valtion sääntöohjausta karsimalla. (Oulasvirta ym. 2002, 18-19; Vuorenkoski ym. 2008, 25; Melkas 2010, 48.) Sääntöohjauksen karsimisen yhteydessä 1980-luvulla purettiin kuntakohtainen kouluterveydenhuollon ja neuvolatoiminnan seurantajärjestelmä (Rimpelä 2002, 121).

Keskitetty ohjaus oli ollut tarpeen palvelujen alueellisen jakautumisen muuttamiseksi. Sen avulla luotiin kattava ja yhtenäinen perusterveydenhuollon verkosto koko maahan. (Rimpelä 2005, 263; Häkkinen & Lehto 2005, 83; Lehto 2009, 210; Melkas 2010, 4.7. Kansanterveyslain myötä luotua perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää pidetään kansainvälisestäkin erityislaatuiseksi (Vuorenkoski ym. 2008, 23). Terveystenhuoltojärjestelmän ideana oli koota aiemmin erillään työskennelleet työntekijät terveyskeskuksiin huolehtimaan yhdessä kunnan kansanterveystyöstä. Hyvin toimivien työryhmien sijaan terveyskeskuksiin kuitenkin muodostui hierarkkinen, byrokraattinen ja ammattikuntareviirien rajaama organisaatorakenne, joka heijastui ammattiryhmien välisinä yhteistyöongelmina jo 1970-luvun lopulta alkaen. (Simoila 1994, 68-70.) Terveystenhuoltojärjestelmistä ei kehittynyt kansanterveystyöhön keskittyviä yksiköitä myöskään siksi, että niiden johtoon tulivat yleislääketieteen erikoislääkärit, joiden koulutukseen ei kuulunut terveyden edistämisen ja kansanterveystieteen opintoja. Ehkäisevän työn osaaminen murentui vähitellen, samalla kun terveyskeskukset pelkistyivät yhä

enemmän perussairaanhoidon toteuttajiksi. (Rimpelä 2010a, 24, 26). Kunnan perusterveydenhuollon kehittämisen painopiste siirtyi ehkäisevästä työstä sairaanhoitoon (Rimpelä 2010b, 133).

1980-luvun lopulla terveystieteissä alettiin kehittää väestövastuumallia. Terveystieteiden työlaajeni neuvolasta sekä kouluterveydenhuollosta koko väestöön niin, että osa terveystieteilijästä teki työtään ehkäisevän työn lisäksi kotisairaanhoidossa sekä terveystieteiden vastaanotoilla. (Ruski 2002, 48; Simoila 1994, 76.) Väestövastuujärjestelmän myötä purettiin myös erilliset terveydenhoitoon keskittyneet yksiköt (Rimpelä 2010a, 24, 26), jolloin neuvola- ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitotyön osaaminen hajaantui. Väestövastuuperiaate heikensi neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa myös siten, että aiemmin terveydenhoitajien työpareina toimineiden tehtäviin erikoistuneiden lastenlääkärien ja koululääkärien tehtävät lakkautettiin ja työ siirrettiin terveystieteiden yleislääkäreiden tehtäväksi yhtenä osana väestövastuutyötä. Tämä uudistus hajotti ehkäisevän työn tehtävät pieneksi osaksi suuren lääkärijoukon työtä ja vähensi lääkäreiden kiinnostusta neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon. Kun myös ehkäisevän työn jatko- ja erikoistumiskoulutus sekä täydennyskoulutus puuttuivat sekä hoitajilta että lääkäreiltä, ammatillinen osaaminen mureni vähitellen. (Rimpelä 2002, 122.)

Taulukko 3. Lasten terveyden edistämisen ohjaus heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aikana 1972 - 1992.

	Normiohjaus	Resurssiohjaus	Informaatio-ohjaus	Seuranta / arviointi	Lasten terveyden edistämisen ohjauksen luonnehdinta
Ohjausvälineet	* 1972 Kansanterveyslaki (L66 /72) - puitelaki, lyhyt maininta neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta * Viisivuotissuunnitelmat * Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet - normiohjauksen vähentäminen 1980-luvulla	* 1972 alkaen tehtäväkohtaiset valtionavustukset terveystieteiden rakentamiseen ja resursointiin viisivuotissuunnitelmien mukaan - ei ammattikuntakohtaista ohjausta resurssien jakamisesta terveystieteissä	* Lääkintöhallituksen ohjekirjat lastenneuvolatoimintaan ja kouluterveydenhuoltoon - työn sisältö	* Lääkintöhallituksen ohjeistuksen mukainen neuvolan ja kouluterveydenhuollon tilastointi ja raportointijärjestelmä purettiin 1980-luvulla	Heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aika
Yhteen-veto	* Lakisääteinen palvelujen järjestämisvelvollisuus * Työn sisällöstä suunnitelma- ja ohjetasoinen ohjaus 1980-luvulle	* Tehtäväkohtaiset valtionosuudet suunnitelmien mukaan, mutta ei velvoittavaa ammattikuntakohtaista resurssiohjausta	Informaatio-ohjaus vähästä	* Seurantajärjestelmät purettiin	Keskitetty terveydenhoitotyön normi- ja resurssiohjaus heikkeni, seurantajärjestelmät purettiin ja päätösvaltaa terveydenhoitotyön resursoinnista ja työn sisällöstä hajautettiin kuntiin. Kuntien vapaus järjestää palvelut haluamallaan tavalla lisääntyi.

Yhteenvedona ajanjaksosta, jolloin **terveydenhoitajat toimivat terveyskeskuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja**, voidaan todeta ajanjakson olleen lasten terveyden edistämisen kannalta **heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aikaa**. Ajanjaksoa pidetään yleisesti voimakkaan keskitetyn ohjauksen aikana, jolloin kansanterveystlain (L 28.1.72/66) toimeenpanoa varten luotiin keskitetty suunnittelujärjestelmä, jossa normi- ja resurssiohjaus olivat toisiinsa sidotut ja kunnat olivat tiukasti valtion ohjauksessa. Terveystenhoitotyön osalta normiohjaus kuitenkin heikkeni aiemmasta huomattavasti, kun kansanterveystlain väljät säädökset kumosivat kuntia velvoittaneen ammattikuntakohtaisen lainsäädännön. Jakson alkuvaiheessa terveydenhoitotyön sisältöä ja resursseja säädeltiin valtion viisivuotissuunnitelmin, yleis- ja ohjekirjein sekä tehtäväkohtaisin valtiosuosuksien, mutta kun valtion ohjausta jakson loppupuolella vähennettiin, neuvolan sekä kouluterveydenhuollon terveydenhoitotyö hajautettiin kunnissa vähitellen osaksi terveyskeskusten väestövastuutyötä. Terveystenhuollon ammattiryhmistä kansanterveystlain tuomat muutokset vaikuttivat eniten terveydenhoitotyöhön. Terveystsisarten itsenäinen asema lähiterveydenhuollon avainhenkilönä mureni (Siivola 1985, 235), kun kansanterveystlaki vei terveydenhoitotyön lainsäädännöllisen itsenäisyyden, työn ammatillinen ohjaus lakkautettiin ja työn mitoitusperusteet hävisivät (Sorvettula 1998, 220). Lasten neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa tapahtuvan terveyden edistämistyön edellytykset heikkenivät vähitellen normi- ja resurssiohjauksen vähentymisen myötä heikkenevän keskitetyn normiohjauksen aikana, kun terveydenhoitotyö sulautui osaksi terveyskeskusten sairaanhoitopainotteista vastaanottotyötä.

5.5. Hajautetun informaatio-ohjauksen aika - Terveystenhoitotyö itsehallinnollisissa palvelukunnissa 1990-luvulta 2000-luvun ensivuosisikymmenelle

1990-luvun alku oli yhteiskunnallisen murroksen aikaa. Valtion ohjauskulttuurissa tapahtui perustavanlaatuisen muutos, kun keskushallintojohtoisesta velvoittavasta sääntely- ja resurssiohjauksesta siirryttiin uuden julkisjohtamisen oppien mukaiseen väljään tulosohtaukseen. (Oulasvirta ym. 2002, 37.) 1990-luvun hallinnonuudistus on ollut maamme historian suurimmaksi arvioitu hallinnon muutos. Sen yhteydessä vähennettiin normiohtausta, lakkautettiin keskusvirastoja ja keskushallinnon päätösvaltaa siirrettiin kuntiin. (Vartola 2004, 107-112.) Keskushallintoon muodostettiin ministeriöitä tukevia asiantuntijaorganisaatioita ja keskushallinnon päätösvalta hajautettiin kuntatasolle. Hajautuspolitiikan julkilausuttuja tavoitteita olivat mm. kansanvaltaisuus, tehokkuus, taloudellisuus ja tasa-arvo. (Wrede 2000, 202-203.) 1990-luvun alkuun osui myös taloudellinen lama, joka ajoi hyvinvointivaltion rahoituskriisiin. Universaalien palvelujen kohdentumista arvioitiin uudelleen ja valtio purki keskitettyä ohjausta sekä kuntien valvontaa radikaalisti vahvistaen näin kunnallista

itsehallintoa. Itsehallinnon laajetessa kunnat muuttuivat 1990-luvulla valtion ohjaamista agenteista paikallisen hyvinvointipolitiikan toteuttajiksi, **itsehallinnollisiksi palvelukunniksi**. (Anttiroiko ym 2003, 85-86.)

5.5.1. Terveystoimitustyö hallintopolitiikan murroksessa 1990-luvulla

Terveyspolitiikan muutostarpeet ajoittuivat samanaikaisesti valtion keskushallinnon muutostarpeiden kanssa 1990-luvulle. 1990-luvun alkupuolella vuosikymmeniä kestäneen terveystoimitusten rakentamisprojektin katsottiin olevan valmis ja oli aika siirtyä palvelujen laajentamiseen kannustavasta politiikasta terveystoimitusten kasvua rajoittavaan politiikkaan (Lehto & Blomster 1999, 208; Harjula 2006, 106; Harjula 2007, 131-132). Terveystoimitusten kasvun rajoittaminen alkoi siten jo ennen lamaa (Lehto & Blomster 1999, 207-208; Wrede 2000, 202-203) ja siitä riippumatta.

Merkittävä osa 1990-luvun hallinnon muutosta oli valtionosuusjärjestelmän uudistus, joka toteutettiin vuonna 1993 uuden valtionapulainsäädännön myötä. Valtionosuusjärjestelmä muutettiin tehtäväkohtaisesta ja kustannusperusteisesta järjestelmästä yleisavustusperusteiseksi laskennalliseksi järjestelmäksi. (Oulasvirta ym. 2002, 92.) Ennen vuotta 1993 valtionosuudet olivat olleet tiettyyn tarkoitukseen korvamerkittyjä. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa valtionosuudet ja avustukset muuttuivat laskennallisiksi ja valtionosuusjärjestelmään liittyvä ohjaus muuttui epäsuoraksi. Uudistuksen tavoitteena oli kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen, suunnitteluohjauksen keventäminen, valtionosuusjärjestelmän yksinkertaistaminen ja palveluiden turvaaminen paikalliset tarpeet huomioon ottaen. Tavoitteena oli myös valtionosuusjärjestelmän yhtenäistäminen ja yksinkertaistaminen. (Niemelä & Saarinen 2008, 82-84.) Lisäksi laskennallisten valtionosuuksien tavoitteena oli ohjata kuntia tehokkuuteen ja aiempaa säästävää taloudenpitoon (Häkkinen & Lehto 2005, 85; Niemelä & Saarinen 2008, 82-84; Vuorenkoski ym. 2008, 25). Valtion luopuminen tehtäväkohtaisista valtionosuuksista 1993 vähensi merkittävästi sen kykyä ohjata kuntien toimintaa (Oulasvirta ym. 2002, 92), sillä laskennallinen valtionosuus ei toimi taloudellisen ohjauksen instrumenttina (Melkas 2010, 49). Valtionapujärjestelmän rakenteen muutos heijasti Oulasvirran, Ohtosen ja Stenvallin (2002, 92) mukaan valtion siirtymistä hyvinvointivaltion rakentamisvaiheesta sen rajoittamis- ja supistamisvaiheeseen.

Valtion suunnitteluohjauksen keventämisen ja valtionosuusuudistuksen myötä kuntien oma päätösvalta tarjottavista palveluista lisääntyi (Häkkinen & Lehto 2005, 86; Niemelä & Saarinen 2008, 82-84; Melkas 2010, 48). 1990-luvun hallinnonuudistuksessa velvoittavia normeja purettiin laajasti ja kuntaohjaus muuttui informaatio-ohjaukseksi, samalla kun valtion normiohjaukseen ja valvontaan

keskittyneitä keskusvirastoja muutettiin informaatio-ohjausta antaviksi organisaatioksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa lääkintöhallitus muutettiin vuonna 1991 Sosiaali- ja terveyshallitukseksi ja vuonna 1992 edelleen Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesiksi. Stakesin tehtäväksi määriteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan seuranta ja arviointi, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä koulutuksen edistäminen ja järjestäminen. (Kokko 2002, 52; Häkkinen & Lehto 2005, 86; Vuorenkoski ym. 2008, 74-75; Melkas 2010, 48.)

1990-luvun hallinnon uudistuksen jälkeen kansanterveystyötä ei enää suunnitelmallisesti ohjattu valtion taholta (Rimpelä 2002, 120). Kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66) velvoitti kunnat järjestämään terveyskeskuksen palvelut, mutta valtionosuusjärjestelmän purkamisen yhteydessä 1993 lakkautettiin kuntien velvollisuus suunnitella ja raportoida kansanterveystyöstä (Rimpelä 2005, 263; Rimpelä ym. 2008, 8; Rimpelä 2010a, 26, Rimpelä 2010b, 134). 1990-luvun lopulta lähtien valtio ei myöskään enää asettanut kansanterveystyölle kansallisia tavoitteita (Rimpelä 2005, 263). Koska lainsäädäntö ohjasi toimintaa varsin väljästi, kunnilla oli oikeus päättää mm. ehkäisevän terveydenhuollon palvelujen toteuttamisesta itsenäisesti. Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin tavoitteet ja sisällöt määriteltiin kunnissa, ja kunnilla oli oikeus järjestää neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut oman harkintansa mukaan. (Rimpelä 2002, 119-122; Terho 2002b, 19; Rimpelä ym. 2006, 7.) Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin ohjanneet aiemmat ohjekirjeet ja ohjeistukset kumottiin 1990-luvun alussa lääkintöhallituksen lakkauttamisen yhteydessä (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009, 152). Työn sisältöä ohjeistivat enää neuvolan ja kouluterveydenhuollon työntekijöille tarkoitetut suppeat tukimateriaalit, Lastenneuvolaopas (Lääkintöhallitus 1993) ja Kouluterveydenhuollon tukimateriaali (Terho & Vakkilainen / Stakes 1993).

Vuonna 1993 toteutetuilla valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmien muutoksilla Suomessa siirryttiin kerralla hyvin keskitetysti ohjatusta järjestelmästä teollistuneiden maiden hajautetuimpaan terveydenhuoltojärjestelmään (Kokko 2002, 48; Häkkinen & Lehto 2005, 79; Vuorenkoski ym. 2008, 36). Suomesta tuli esimerkki terveydenhuollon poliittisen päätöksenteon äärimmäisestä hajautuksesta kuntien saadessa päätösvalan asukkaidensa terveydenhuollosta (Kaarainen 2008, 55; Vuorenkoski ym. 2008, 141; Krasnik 2010, 118-119). Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin osalta tämä tarkoitti Rimpelän (2005, 263) mukaan sitä, että suunnitelmallisuudesta siirryttiin hajautettuun järjestelmään, jossa millään hallinnon tasolla ei enää ollut suunnittelu- eikä tilivelvollisuutta kansanterveystyön sisällöistä.

5.5.2. Laman vaikutukset lasten terveyden edistämiseen

1990-luvun alun lama ajoi suomalaisen hyvinvointivaltion rahoituskriisiin samaan aikaan, kun kuntien itsehallinto vahvistui valtion ohjauksen keventyessä. Vaikka kuntien päätösvalta palvelujen tuottamisessa lisääntyi, valtio kuitenkin rajoitti niiden toimintamahdollisuuksia laajentamalla kuntien lakisääteisiä tehtäviä ja supistamalla valtionosuuksia valtiontalouden tasapainottamiseksi. Päätösvalan hajauttamisen ansiosta kunnat kykenivät lamavuosina sopeutumaan valtionosuuksien leikkauksiin (Anttikoiko ym 2003, 22; Häkkinen & Lehto 2005), mutta taloudellinen ahdinko pakotti ne säästämään, priorisoimaan ja tehostamaan toimintojaan (Anttikoiko ym 2003, 85-86). Vaikka kuntien itsehallinto on periaatteessa vahvistunut 1980-luvun lopulta alkaen, niiden riippuvuus valtiosta on tosiasiallisesti kasvanut, sillä valtion taholta määrätään yhä suuremmassa määrin kuntien tehtävistä ja tuloperustasta. Periaatteellisesti laajentunutta oikeudellista itsemääräämisoikeutta rajoittaa siten supistunut taloudellinen liikkumavara. (Anttikoiko ym 2003, 24; Häkkinen & Lehto 2005, 92, Niemelä & Saarinen 2008, 85.) Valtio on 1990-luvulta lähtien vetäytynyt peruspalvelujen rahoituksesta valtionosuuksia pienentämällä, josta johtuen kunnallisia peruspalveluja rahoitetaan nykyisin yhä enenevässä määrin kunnallisverotuksella (Heuru, Mennola & Ryynänen 2011, 54).

1990-luvun laman seurauksena terveydenhuollon kustannusten hallinnasta tuli keskeinen terveyspoliittinen tavoite (Harjula 2007, 131-132). Kun valtion osuus palvelujen rahoituksesta laski valtionosuusuudistuksen jälkeen (Oulasvirta ym. 2002, 37, 92), kuntien sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteeksi tuli Kokon (2002, 56) mukaan terveyden edistämisen sijaan säästäminen. Korkeimmin profiloituneet vahvat professiot, kuten erikoissairaanhoido, kykenivät taloudellisen laman aikana ja valtionohjauksen heiketessä vahvistamaan asemaansa ja kasvattamaan suhteellista osuuttaan palvelujärjestelmässä (Lehto & Blomster 2000, 181; Teperi 2004, 18). Ehkäisevän työn hajanaiset ja naisvaltaiset professiot, kuten esimerkiksi terveydenhoitajat, puolestaan joutuivat vaikeuksiin (Oulasvirta ym. 2002, 87).

Valtionosuusuudistuksen ajoittuminen taloudellisen laman kanssa päällekkäin johti ehkäisevän työn osalta erilaisiin vaikutuksiin kuin oli tarkoitettu (Melkas 2010, 48). Kansallisen normiohjauksen poistuttua terveydenhuollon rahoituksen ja hallinnon puitelakiin ei ollut jäänyt kuntia sitovia sisältötavoitteita terveydenhoitotyön osalta, vaan ehkäisevän työn osaksi jäi sopeutuminen kuntien talouden leikkauksiin (Rimpelä 2005, 263). Kunnat hakivat talousahdingossa säästöt sieltä, missä ei ollut lakisääteisiä velvoitteita eikä sanktioita (Leppo 2010, 43) ja supistukset kohdistuivat vähän poliittisia resursseja omaaviin heikkoihin professioihin (Oulasvirta ym. 2002, 95). Terveyttä edistä-

viä, ehkäiseviä palveluita karsittiin 1990-luvulla voimakkaasti (Melkas 2010, 48). Erityisen paljon kunnat karsivat resursseja kouluterveydenhuollosta (Terho 2002b, 21; Teperi 2004, 19).

Kansanterveyslakia (L 28.1.1972/66) valmisteltaessa kunnat olivat olleet kiinnostuneita kansanterveystyöstä. Vahva valtionohjaus 1970-1980-luvuilla varmisti sen, että kunnat toimeenpanivat kansallisen terveystalouden tavoitteita. 1990-luvulla tilanne muuttui päinvastaiseksi, kun lakisääteisiä velvoitteita kansanterveystyöhön ei enää ollut. Kansallisten ohjeistusten alittamisesta tuli yleistä (Rimpelä 2005, 264.) Kuntien kiinnostus ehkäisevään työhön, mm. kouluterveydenhuoltoon, oli Rimpelän (2002, 121, 123) mukaan 2000-luvun alkuun saakka erittäin vähäistä.

5.5.3. Lasten terveyden edistämien ohjaus 2000-luvun alun itsehallinnollisissa kunnissa

Keskitetyn ohjauksen purkamisen jälkeen valtio on halunnut varmistaa kansalaisten yhdenvertaisuuden ja alueellisen tasa-arvon säätämällä joitain peruspalveluja kansalaisten subjektiivisiksi oikeuksiksi (Leppo 2010, 43). Sairaanhoidopalveluiden normiohjausta vahvistettiin hoitotakuulainsäädännön myötä. Ehkäisevään terveydenhuoltoon hoitotakuu vaikutti niin, että hoitoon pääsyä koskevat säännökset korostivat entisestään sairaanhoidon ensisijaisuutta ehkäisevään työhön nähden (Rimpelä 2005, 263; Vuorenkoski ym. 2008; Melkas 2010, 52). Laman aikana karsittiin terveydenhoitotyöstä ja muista ehkäisevistä palveluista. Kun laman jälkeen painopistealueeksi nostettiin sairaanhoidopalvelut, ehkäisevän työn voimavarat eivät laman jälkeenkään palautuneet lamaa edeltävälle tasolle, vaan erikoissairaanhoidon henkilöstön nopea kasvu suhteessa perusterveydenhuollon henkilöstömäärään jatkui. (Melkas 2010, 48.)

Vaikka valtion resurssiohjaus muutettiin 1990-luvulla suurimmalta osaltaan laskennalliseksi, yleiseksi valtionosuudeksi, on tarvittaessa edelleen käytetty kohdennettuja valtionosuuksia. Vuoden 2002 valtion talousarvioon lisättiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa (Rimpelä 2002, 121). Vuoden 2002 valtionosuuden lisäys oli merkittävä, sillä 70 miljoonan euron pysyvä vuosittainen lisäys vastasi hyvin järjestetyn kouluterveydenhuollon vuotuisia kokonaiskustannuksia (Rimpelä ym. 2005, 12). Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi osoitetuilla sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenojen valtionosuuden lisäyksillä ei kuitenkaan ollut vaikutusta neuvolatoimintaan eikä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon, sillä henkilöstövoimavarojen muutokset neuvoloissa ja koulu- sekä opiskeluterveydenhuollossa vv. 2003-2005 olivat harvinaisia (Rimpelä, Wiss ym. 2005, 2). Neuvolan sekä kouluterveydenhuollon käyntimäärät pysyivät ennallaan vv. 2000 - 2008 (Rimpelä ym. 2008, 61, 69). Valtiontalouden tarkastusviraston vuoden 2006 tarkastuskertomuksessa to-

detaan, että kunnat eivät suunnanneet sosiaali- ja terveydenhuollon korotettuja valtionosuuksia valtion toivomalla tavalla. (Rimpelä, Wiss ym. 2007, 19.)

Valtion pääasialliseksi ohjauskeinoksi tuli velvoittavan normi- ja resurssiohjauksen purkamisen jälkeen informaatio-ohjaus. 2000-luvun alussa alettiin yhä enenevässä määrin kiinnittää huomiota kansalaisten oikeuteen saada yhdenvertaisia palveluja ja palvelujen yhdenmukaistamiseksi etsittiin uusia ohjauksen välineitä. Informaatio-ohjausta tehostettiin ja 2000-luvun alkuvuosina laadittiin ohjeistuksia sekä laatusuosituksia palvelujen yhdenmukaistamiseksi. (Leppo 2010, 43.) Lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä koskeneet ohjeistukset itsehallinnollisten palvelukuntien ajanjaksolla olivat seuraavat ohjeelliset julkaisut:

- Kouluterveydenhuolto 2002 – Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille (Stakes 2002)
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena - Opas työntekijöille (STM 2004)
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM & Kuntaliitto 2004)

Aiemmat 1993 julkaistut tukiaineistot (Lääkintöhallitus 1993 ja Terho & Vakkilainen / Stakes 1993) sisälsivät ohjeistusta käytännön terveydenhoitotyötä varten. 2000-luvun oppaat (Stakes 2002; STM 2004) sen sijaan sisältävät käytännön terveydenhoitotyön ohjeistuksen lisäksi kansalliset suositukset lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon terveystarkastusohjelmista, työn organisoinnista sekä henkilöstömääristä. Kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM & Kuntaliitto 2004) täydensi vuoden 2002 Kouluterveydenhuollon opasta (Rimpelä, Wiss ym 2007, 15).

Normiohjauksen purkauduttua neuvolatyön sekä kouluterveydenhuollon kehittämis- ja tutkimusvastuut jäivät valtionhallinnossa epäselviksi. Vastuut siirtyivät periaatteessa lääkintöhallitukselta sosiaali- ja terveysministeriöön, mutta STM ei missään vaiheessa täsmentänyt, miten terveydenhoitotyön kehittämis- ja tutkimustoiminta käytännössä hoidetaan. (Rimpelä ym. 2006, 7; Rimpelä, Wiss ym. 2007, 66.) Kun ministeriön ja Stakesin keskinäinen työnjako valtakunnallisessa ohjauksessa oli selkeytymätön (Rimpelä, Wiss ym. 2007, 19), terveydenhoitotyön kehittäminen jäi yksittäisten hankkeiden varaan. Jatko- ja täydennyskoulutuksen resursointi ja organisointi jäi myös hoitamatta. (Rimpelä ym. 2006, 7; Rimpelä, Wiss ym. 2007, 66.) Kun lisäksi kunnissa erilliset terveydenhoitotyöhön keskittyneet yksiköt oli purettu väestövastuujärjestelmän myötä (Rimpelä 2010a, 24-26), neuvolatyön sekä kouluterveydenhuollon toteuttaminen ja kehittäminen jäi käytännössä yksittäisten työntekijöiden varaan (Rimpelä 2002, 119-122; Rimpelä ym. 2006, 7).

Vuosina 2003, 2005 ja 2008 toistetut terveystarkastuskyselyt kuvasivat väestön terveyden edistämiseen kohdistuvaa toimintaa kunnissa. Selvitysten mukaan terveystarkastusten väliset erot olivat erit-

täin suuria. Matti Rimpelän päätelmä terveyskeskuskyselyjen tuloksista oli se, että Suomesta puuttui valtakunnallisesti yhtenäinen terveyden edistämisen toimeenpanorakenne. Väestön terveyden edistäminen oli jätetty ammattihenkilöstön varaan eikä sitä suunnitelmallisesti johdettu. (Rimpelä 2010a, 29.) Kansanterveystyön uudistusten yhteydessä on korostettu terveydenhoitajien mahdollisuutta edistää väestön terveyttä. Terveydenhoitajaresursseja ja työn kehitystä ei kuitenkaan keskushallinnossa ohjattu tai edes seurattu 1980-luvun jälkeen. Kunnat karsivat talousvaikeuksissaan ehkäiseviä sosiaali- ja terveyspalveluja 1990- sekä 2000-luvuilla. (Rimpelä 2010b, 134.)

Matti Rimpelä (2002) analyysi kouluterveydenhuollon ohjauksesta 2000-luvun vaihteessa kertoi terveydenhoitotyön hajaannuksesta. Rimpelä totesi, että kouluterveydenhuollon valtakunnallinen normi- ja resurssiohjaus puuttui ja informaatio-ohjauskin oli erittäin vähäistä. Kouluterveydenhuollon normiohjaus rajoittui lyhyeen yleissäädöstasoiseen mainintaan kansanterveyslaissa eikä kansallisia politiikkatavoitteita ollut. Valtakunnallinen tutkimus- ja kehittämistyö oli minimaalista ja toiminnan seuranta puuttui lähes täysin. Kouluterveydenhuollon teoriaperusta oli hajonnut, kunta puuttui kouluterveydenhuollon johto ja kuntien kiinnostus kouluterveydenhuoltoon kohtaan oli vähäistä. (Rimpelä 2002, 122-123.) Neuvolatyön voi olettaa olleen aivan vastaavassa tilanteessa, mutta sitä ei ole edes tutkittu tai raportoitu.

5.5.4. Lasten terveyden edistämien käytäntö informaatio-ohjauksen aikana 2000-luvun alun itsehallinnollisissa kunnissa

Esitän tässä luvussa lyhyesti keskeisimpien tutkimusten tuloksia terveydenhoitotyön resursseista ja käytännöistä informaatio-ohjauksen aikakautena 2000-luvun itsehallinnollisissa palvelukunnissa.

Kansallisten suositusten mukaan lastenneuvolan kokopäiväisellä terveydenhoitajalla tulisi olla enintään 340 lasta hoidettavanaan (STM 2004, 39) Kansallisissa neuvolaselvityksissä vuosina 2004 ja 2007 äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajavoimavarat olivat suositusten mukaisia vuonna 2004 vain noin 40%:ssa terveyskeskuksista (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 109), vuonna 2007 terveydenhoitajamitoitus oli suositusten mukainen 47% lastenneuvoloista (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 3). Kouluterveydenhuollon voimavarojen arvioitiin vuoden 1993 tehdyn terveyskeskuskyselyn mukaan vähentyneen ja kuntien väliset erot voimavaroissa olivat suuria (Rimpelä 2002, 121; Rimpelä ym. 2005, 2). Kokopäiväisellä kouluterveydenhoitajalla tulisi kansallisen suosituksen mukaan olla enintään 600 oppilasta (Stakes 2002, 32-33, STM & Kuntaliitto 2004, 19). Terveyskeskusten johdolle vuonna 2005 osoitetun kyselyn mukaan terveydenhoitajien oppilasmäärät vaihtelivat kunnissa 300 oppilaasta 1217 oppilaaseen / terveydenhoitaja. Keskimääräinen oppilasmäärä

oli 680 oppilasta / terveydenhoitaja (Rimpelä ym. 2005, 10.) Vuonna 2007 terveydenhoitajakohtaiset keskimääräiset oppilasmäärät olivat hiukan pienentyneet (665 oppilasta/th), mutta hajonta oli lisääntynyt huomattavasti terveydenhoitajakohtaisten oppilasmäärien vaihdellessa 307 - 2463 välillä. (Rimpelä, Wiss ym. 2007, 35, 63.)

Lastenneuvolaopas (STM 2004, 313) sisältää kansallisen suosituksen lastenneuvolan terveystarkastusohjelmasta eli määräaikaistarkastusten määristä, ajoituksesta sekä myös niiden sisällöstä. Ensimmäisen valtakunnallisen neuvolaselvityksen mukaan vuonna 2004 neuvoloiden henkilöstövoimavarojen niukkuus näkyi neuvolatyön sisällössä. Lastenneuvolan terveystarkastukset olivat selvityksen mukaan puutteellisia erityisesti imeväisikäisten (alle 1-vuotiaat) osalta sillä terveydenhoitajan suorittamat tarkastukset toteutuivat STM:n ohjeistuksen mukaisesti vain noin kolmasosassa terveyskeskuksista. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 111-112.) Vuoden 2007 neuvolaselvityksen tulokset ovat samansuuntaiset, sillä suosituksen mukainen määrä tarkastuksia imeväisikäisillä toteutui vain 32% terveyskeskuksista. (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 25-26.) Rimpelä, Rigoff, Wiss ja Hakulinen-Viitanen (2006) tutkivat vuonna 2006 3-7-vuotiaiden terveystarkastuksia. Leikki-ikäisten tarkastukset näyttivät toteutuvan suosituksen mukaan kattavasti (Rimpelä ym. 2006, 13-14).

Neuvolaselvitysten 2004 ja 2007 mukaan äitiys- ja lastenneuvoloiden palvelut olivat kirjavia myös laadun osalta, sillä määräaikaisten terveystarkastusten sisältö ja ajankohdat vaihtelivat kunnittain paljon. Hälyttävää tutkimustuloksissa oli imeväisten tarkastusten puutteellisuus. (Hakulinen-Viitanen ym 2008, 41-42; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009, 152.) Lastenneuvolan terveystarkastusten puutteellisuus on huolestuttavaa, koska neuvolan mahdollisuus tunnistaa lapsen kasvun ja kehityksen ongelmat varhaisessa vaiheessa vaarantuu, mikäli terveystarkastukset eivät toteudu. Viive hoitoon ohjauksessa ja hoitoon pääsyssä voi olla lapsen kehityksen kannalta kohtalokasta. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 112; Hakulinen-Viitanen 2008, 38).

Kouluterveydenhuollon kansallinen terveystarkastusohjelma on kirjattu Kouluterveydenhuollon oppaaseen (Stakes 2002, 36-40). Kouluterveydenhuollon käynnit vähenivät vuodesta 1994 vuoteen 2005 14% ja terveyskeskusten väliset erot käyntimäärissä olivat suuria (Kivimäki ym. 2007, 207, 211). Terveyskeskusten johdolle v. 2005 tehdyn kyselyn mukaan noin puolet kunnista ilmoitti tekevänsä kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset laatusuosituksen mukaan (Rimpelä ym. 2005, 11). Kuitenkin vuoden 2007 tutkimuksessa suosituksen mukaiset laajat terveystarkastukset toteutuivat ainoastaan kolmessa kunnassa, vaikka 37% terveyskeskuksista ilmoitti, että ne tehdään (Rimpelä, Wiss ym. 2007, 51). Kunnissa on siten tietämättömyyttä suosituksen sisällöistä. Vuonna 2007 terveyskeskuksille suunnatun kyselyn mukaan kouluterveydenhuollossa terveystarkastukset

toteutuivat suositusten mukaisesti vain 33% terveyskeskuksista (Rimpelä ym. 2008, 43). Rimpelän tutkimusryhmä (2008) selvitti neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastussuunnitelmia vuonna 2008. Kun neuvolan ja kouluterveydenhuollon tarkastukset laskettiin kunnittain yhteen ja verrattiin niitä kansallisiin vähimmäissuosituksiin, vain kolmessa prosentissa kunnista terveystarkastusohjelmat olivat kansallisen vähimmäistason mukaisia. Joka toisessa kunnassa tarkastuksista puuttui neljä tai useampia tarkastuksia. (Rimpelä ym. 2008, 65).

Tarkastusten määrän puutteellisuuden ja niiden erilaisen ajoituksen ohella tarkastusten sisällöt olivat kunnissa tutkimusten mukaan erilaisia (mm. Rimpelä ym. 2006, 13-14; Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 4; Mäki, Laatikainen, Koponen & Hakulinen-Viitanen 2008, 3). Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämistutkimuksen yhteydessä havaittiin, että tutkimukseen osallistuneissa kunnissa oli huomattavan paljon menetelmällisiä eroja ja puutteita lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksiin sisältyvien seulontatutkimusten toteutuksessa. Seulontatutkimusten ajankohtien erot sekä seulontamenetelmien kirjavuus ja puutteellisuus vaikuttavat tutkimustulosten luotettavuuteen ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaiden terveysriskien tunnistamiseen. (Mäki ym. 2008, 65.)

Taulukko 4. Lasten terveyden edistämisen ohjaus hajautetun informaatio-ohjauksen aikana 1993 - 2008.

	Normiohjaus	Resurssiohjaus	Informaatio-ohjaus	Seuranta / arviointi	Lasten terveyden edistämisen ohjauksen luonnehdinta
Ohjausvälineet	* 1972 Kansanterveyslaki (L66 /72) - puitelaki, lyhyt maininta neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta	* Laskennalliset, yleiset valtionosuudet * 2002-2003 kohdennettu (ei ehdollinen) valtionosuus lasten ja nuorten hyvinvoinnin kohentamiseksi	* 2002 Kouluterveydenhuollon opas * 2004 Lastenneuvolan opas * 2004 Kouluterveydenhuollon laatusuositus	* Ei seuranta-järjestelmää eikä seurantaa	Hajautetun hallinnon ja informaatio-ohjauksen aika
Yhteen-veto	* Kunnilla lakisääteinen palvelujen järjestämisvelvollisuus * Päätösvalta palvelujen laadusta ja määrästä hajautettu kunnille	* Ei velvoittavaa ammattikunta-kohtaista resurssiohjausta	* Lisääntyvä informaatio-ohjaus	Ei seurantaa	Kunnilla velvollisuus järjestää lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut, mutta vapaus päättää palvelujen laadusta ja määrästä haluamallaan tavalla.

Yhteenvetona itsehallinnollisten palvelukuntien ajanjaksosta voidaan todeta ajanjakson olleen lasten terveyden edistämisen hajautetun hallinnon ja **informaatio-ohjauksen aikaa**. Ajanjaksoa

leimasi taloudellinen lama ja maan historian suurimmaksi luonnehdittu hallinnonuudistus, jonka myötä keskitetty suunnitteluohjaus purettiin normiohjausta karsimalla ja valtionosuuksien perusteita sekä keskusvirastojen tehtäviä muuttamalla 1990-luvulla. Päätösvalta terveyspalvelujen järjestämisestä hajautettiin kuntiin. Uudistukset tarkoittivat terveydenhoitotyön osalta sitä, että sen normiohjaus käytännössä puuttui, sillä kansanterveyslaissa oli vain lyhyt maininta kunnan velvollisuudesta järjestää neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut. Laskennalliset, yleiset valtionosuudet eivät enää ohjanneet terveydenhoitotyön resursointia eivätkä kunnat kohdentaneet myöskään ei-ehdollisesti kohdennettua valtionosuutta ehkäiseviin palveluihin valtion toiveen mukaan. Ajanjakson informaatio-ohjaus sisälsi valtakunnalliset suositukset palvelujen järjestämisestä, mutta ne eivät olleet kuntia sitovia. Kuntien lisääntynyt vapaus palvelujen järjestämisessä yhdistettynä laman aiheuttamiin talousvaikeuksiin johti ehkäiseviin palveluihin kohdistuneisiin voimavaraleikkauksiin. Kun myös terveydenhoitotyön valtakunnallinen tutkimus ja kehittämistyö olivat vähissä, terveydenhoitotyön hajaannus ilmeni neuvola- sekä kouluterveydenhuollon henkilöstöresurssien sekä palvelujen laadun ja määrän suurena vaihteluna kuntien välillä. Lasten terveyden edistämisen palvelut rapautuivat pahoin terveydenhuollon hajautetun hallinnon ja informaatio-ohjauksen aikana.

5.6. Keskitetyn normiohjauksen paluu - Lasten terveyden edistäminen palvelukunnissa 2009 alkaen

5.6.1. Normiohjaukseen kypsyminen

Vuorenkoski, Mladovsky ja Mossialos (2008) analysoivat Suomen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta ja tilaa vuonna 2008. Heidän arvionsa mukaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ei toiminut parhaalla mahdollisella tavalla, koska perusterveydenhuollon asema oli Suomessa hyvin heikko erikoissairaanhoidon verrattuna. Ongelmia terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudelle aiheutui myös siitä, että järjestelmä oli erittäin hajautettu ja valtion ohjaus oli heikkoa. (Vuorenkoski, 2008, xix, 145, 147, 153.) Kun terveyspalvelujen suunnittelu- ja järjestämisvastuu Suomessa hajautettiin kuntiin 1990-luvun hallinnonuudistuksen yhteydessä, vastuu palvelujen järjestämisestä hajautettiin pidemmälle kuin missään muussa teollistuneessa maassa (Häkkinen & Lehto 2005, 79; Vuorenkoski ym. 2008, 36). Äärimmäinen hajautuspolitiikka johti siihen, että terveydenhuollon hallinnolliset yksiköt muodostuivat Suomessa OECD-maiden pienimmiksi (Häkkinen & Lehto 2005, 92), jolloin perusterveydenhuollon henkilöstöresurssit, terveydenhuoltomenot asukasta kohden sekä myös terveydenhuollon laatu vaihtelivat kunnissa erittäin paljon (mm. Vuorenkoski ym. 2008, 37, 141).

Koska hallinnollisissa järjestelmissä tavoitellaan tasapainotilaa hajauttamisen ja keskittämisen suhteen, oli oletettavissa, että 1990-luvun rajun hajauttamisen jälkeen ilmenee tarvetta hallinnon keskittämiseen ja nousee vasta-aalto, jolla valtion keskushallinnon ohjausmahdollisuuksia pyritään jälleen parantamaan (Temmes 2008, 72-73, 77). Merkkejä hajauttamisen trendin vaihtumisesta kansallisen ohjauksen vahvistamiseen oli Vuorenkosken, Mladovskyn ja Mossialoksen (2008, xvii, 141) mukaan nähtävissä vuonna 2008. Havaittavissa oli laajempaa pyrkimystä palata yksityiskohtaisempaan ohjaukseen sekä kohdennettuun resurssiohjaukseen. Lainsäädäntöä alettiin muuttaa aiempia puitelakeja yksityiskohtaisemmaksi ja toimintojen arvioinnista muodostui tärkeä ohjausmuoto informaatio-ohjausta tukemaan. (Niiranen 2006, 206.) Hallinnon keskittämistä perustellaan yleensä johdonmukaisuudella, oikeudenmukaisuudella sekä sillä, että keskitetty hallinto voi parhaiten varmistaa palvelujen yhdenmukaisen laadun (mm. Oulasvirta ym. 2002, 42; Kaarakainen 2008, 53; Krasnik 2010, 127; Vallgård 2010a, 15). Näitä perusteluja käytettiin myös neuvolan sekä kouluterveydenhuollon kohdalla palvelujen ohjauksen keskittämistä esittäessä 2000-luvun ensivuosi-kymmenellä.

Voimakkaat valtionapuleikkaukset yhtä aikaa kuntien toimintaa koskevien normien purkamisen kanssa nostivat jo 1990-luvun lopulla keskusteluun eri kunnissa asuvien kansalaisten yhdenvertaisuuden (Oulasvirta ym. 2002, 94). Palvelujen järjestämisvastuun siirryttyä kunnille alueellinen epätasa-arvo palvelujen saatavuudessa ja laadussa kävi vähitellen ilmeiseksi mm. neuvola- ja kouluterveydenhuollosta tehtyjen tutkimustulosten lisääntyessä (vrt. edellinen luku). Tutkijoiden johtopäätöksenä (mm. Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 110; Rimpelä ym. 2006, 29; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009, 159) oli, että palvelujen erilaistuminen ja erilainen resursointi on perheiden kannalta epäoikeudenmukaista. Myös apulaisoikeuskansleri (2007) totesi kannanotossaan, että väestö on eriarvoisessa asemassa eri kuntien käytäntöjen vaihdellessa kouluterveydenhuollossa.

Valtion informaatio-ohjauksen toimivuutta kohtaan kohdistunut kritiikki alkoi myös voimistua 2000-luvun vaihteessa palvelujen erilaistumista koskevan tiedon lisääntyessä (Kaarakainen 2008, 113; Vuorenkoski ym. 2008, 153-154). Muiden muassa valtion tilintarkastajat esittivät vuosina 1999 ja 2000 kritiikkiä sosiaali- ja terveydenhuollon informaatio-ohjausjärjestelmän toimivuudesta. Kritiikkiin yhtyvät Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall (2002) tapaustutkimustensa perusteella. Rimpelä, Wiss, Saaristo, Happonen, Kosunen ja Rimpelä (2007) tutkivat kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpanoa kunnissa terveystieteiden tutkimuskeskuksen avulla vuonna 2007. Selvityksen mukaan kuntien välillä oli merkittäviä eroja kouluterveydenhuollon toteutuksessa eikä laatusuositus ollut vaikuttanut kouluterveydenhuollon kehittymiseen. Kunnissa oli hyvin vaihtelevia tulkintoja kouluterveydenhuollon tavoitteista ja sisällöistä huolimatta siitä, että Kouluterveydenhuollon opas

(Stakes 2002) ja laatusuositus (STM & Kuntaliitto 2004) ovat selkeitä (Rimpelä ym. 2007, 4, 65). Myös Kivimäki, Saaristo, Kosunen, Rimpelä, Wiss ja Rimpelä (2007, 213) totesivat, ettei kouluterveydenhuollon palvelujen tarjonnan epätasaisuus ollut tasoittunut informaatio-ohjauksen aikakaudella.

Apulaisoikeuskanslerin kouluterveydenhuoltoa koskevan tarkastusraportin (2007) mukaan laatusuositukset eivät toteutuneet minkään läänin alueella, erot kuntien välillä olivat suuria ja työntekijäkohtaiset oppilasmäärät olivat kautta linjan liian suuria. Apulaisoikeuskansleri päätteli, että ongelmat johtuvat siitä, että kouluterveydenhuollon laatusuositukset eivät ole kuntia oikeudellisesti sitovia, jolloin kuntapäätäjät eivät koe suosituksia sitovaksi eikä niillä ole vaikutusta toiminnan suunnitteluun. (Apulaisoikeuskansleri 2007.) Myös valtiontalouden tarkastusviraston vuoden 2006 tarkastuskertomuksen mukaan kuntien päättäjät suhtautuvat kouluterveydenhuollon laatusuositukseen kriittisesti (Rimpelä ym. 2007, 19). Stenvallin ja Syväjärven (2006, 68) tutkimuksessa havaittiin myös, että osassa kuntia oli omaksuttu käsitys, ettei laatusuosituksista ja muusta informaatio-ohjauksesta tarvitse välittää. Oulasvirran, Ohtosen ja Stenvallin (2002, 134-135) mukaan informaatio-ohjaukseen ei voi luottaa, mikäli ohjauksen kohteen intresseissä ei ole toimia laajemman yhteisön intressien suuntaisesti. Lisäksi vain yhden ohjauskeinon korostaminen horjuttaa usein toiminnan tasapainoa (Niiranen 2006, 206).

Kun informaatio-ohjauksella ei ollut riittävää ohjausvaikutusta, terveydenhuollon toiminnan arviointi oli puutteellisia eikä valtakunnallisia vähimmäistasomäärittelyjä enää ollut, paine velvoittavamman normiohjauksen lisäämiselle alkoi kasvaa (mm. Oulasvirta ym. 2002, 107, 129), jotta mm. kouluterveydenhuollon palvelujen yhdenvertainen saatavuus voitaisiin varmistaa (Apulaisoikeuskansleri 2007). Lepon (2010, 43) mukaan jo 1990-luvun lopulla oli käynyt selväksi, että vuoden 1993 valtiosuusjärjestelmän muutokset ja leikkaukset sekä suunnittelukoneiston ja normien radikaali purkaminen jättivät ehkäisevään työhön lainsäädännöllisen tyhjiön. Neuvolatyön sekä kouluterveydenhuollon pulmana oli se, että niistä ei ollut lailla säädetty (Leppo 2010, 43; Melkas 2010, 52; Rimpelä 2010a, Rimpelä 2010b). Sillä osalla terveydenhuollosta, jolla ei ole normipohjaa tukeaan ei ole voimaa turvata palveluja silloin kun palveluja priorisoidaan. Normiohjaus katsottiinkin välttämättömäksi, jotta terveyttä edistävät palvelut voidaan jatkossa turvata. (Apulaisoikeuskansleri 2007; Melkas 2010, 52.) Poliittinen ilmapiiri kypsyi vähitellen siihen, että terveydenhuollon tärkeät asiat on turvattava lailla (Heikkilä 2004, 207; Leppo 2010, 43). Melkaksen (2010, 52) mukaan olisi jopa parempi, mitä yksityiskohtaisemmin ehkäisevän terveydenhuollon palveluista olisi säädetty.

Simo Kokko (2002, 58) ennakoi vuonna 2002, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kirjavuuteen sekä kansalaisten eriarvoisuuteen tullaan reagoimaan vaatimalla yhdenmukaisia periaatteita ja valtion tiiviimpää ohjausta. Heikkilän (2004, 210) mukaan vuonna 2004 varsin yleinen käsitys alkoi olla se, että hajautettu informaatio-ohjausjärjestelmä kaipasi kipeästi uudistamista. Myös Temmeksen (2008, 73) mukaan kuntien asemaa vahvistanut hajautuspolitiikka oli mennyt liian pitkälle valtakunnallisen rationaalisen toiminnan näkökulmasta (kts myös Vuorekoski ym. 2008, 153). Kun terveydenhuoltojärjestelmän julkinen ohjaus ei toimi tarkoituksenmukaisella tavalla, yhteiskunta panostaa voimavaransa pelkästään sairauksien hoitoon niin, että uusien sairaustapauksien ennaltaehkäisemiseen ei riitä voimavaroja. (Vohlonen 1998, 106.)

5.6.2. Keskitetyn normiohjauksen paluu

Kun informaatio-ohjauksen ohjausvaikutus oli jäänyt heikoksi, keskushallinnossa alettiin valmistella lainsäädäntöä, jossa joko lailla tai lainmuutoksen valtuuttamalla asetuksella voitaisiin turvata tärkeänä pidetyt ehkäisevän terveydenhuollon palvelut (Leppo 2010, 43). Sosiaali- ja terveysministeriössä päädyttiin esittämään kansanterveyslakiin muutosta, joka palauttaisi norminantovaltaa neuvolatoimintaan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon liittyen. (Melkas 2010, 50). Vuoden 2005 kansanterveyslain muutoksen (L 25.11.2005/928) myötä sosiaali- ja terveysministeriölle annettiin valtuudet säätää asetuksella terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisällöstä ja määrästä neuvolapalveluissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.

Kansanterveyslain nojalla annetun asetuksen VnA 380/2009, ”asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta”, tavoitteena on varmistaa, että neuvolan sekä kouluterveydenhuollon terveystarkastukset ja terveysneuvonta ovat suunnitelmallisia ja tasoltaan yhtenäisiä koko maassa. Asetuksessa säädetään yksityiskohtaisesti terveystarkastusten sisällöistä, ajoituksesta sekä määristä ja se velvoittaa kunnat järjestämään palvelut aiempien suositusten (Stakes 2002 ja STM 2004) mukaisina siirtymäajan jälkeen 1.1.2011 alkaen. (VnA 380/2009.) Kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66) oli sisältänyt vain lyhyen maininnan siitä, että kunnalla oli velvollisuus järjestää neuvolan sekä kouluterveydenhuollon palvelut. Lainsäädäntöä uusittaessa kansanterveyslain tilalle säädettyyn terveydenhuoltolakiin (L 30.12.2010/1326) tuli yksityiskohtaiset säädökset neuvolan (§ 15) sekä kouluterveydenhuollon (§ 16) tehtävistä. Lisäksi terveydenhuoltolaissa uusittiin asetuksenantovaltuutus (§ 23), jonka nojalla asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta päivitettiin (VnA 338/2011).

Jotta ehkäisevässä terveydenhuollossa voidaan toteuttaa asetuksen (VnA 380/2009; VnA 338/2011) vaatimukset, neuvoloissa sekä kouluterveydenhuollossa on oltava riittävä, suositusten (Stakes 2002 ja STM 2004) mukainen henkilöstömäärä (STM 2009, 109). Stakes selvitti asetuksen valmistelun yhteydessä resurssien lisäystarvetta kunnissa neuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toiminnan laajentamiseksi suositusten mukaiseksi. Kuntien organisaatiot olivat hyvin erilaisia eikä täsmällistä vertailukelpoista kustannustietoa kyetty tuottamaan. Stakes arvioi kuitenkin, että suositusten mukaisen vähimmäistason saavuttamiseksi tarvittaisiin 525 terveydenhoitajaa ja 340 lääkäriä. Arvio lisämäärähanatarpeesta oli n. 60 miljoonaa euroa. Lisämäärärahan tarve kuitenkin vaihteli erittäin paljon kunnittain. (Rimpelä ym. 2008, 63, 66.) Stakesin selvityksen perusteella valtio osoitti kunnille 18,5 miljoonan euron pysyvän valtionosuuksien korotuksen asetuksen 380/2009 (myöhemmin VnA 338/2011) toteuttamiseksi vuodesta 2009 alkaen (STM 2009, 119).

Neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon valvontaa purettiin 1980-luvun lopulta sekä 1993 hallinnon uudistuksen yhteydessä niin, että kunnilla ei ollut 1993 jälkeen velvollisuutta raportoida em. toiminnoistaan valtiolle (mm. Rimpelä 2002, 121; Rimpelä 2005, 263; Rimpelä ym. 2008, 8).

Vuonna 2009 annettuun neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asetuksen toimeenpanoon liitettiin heti alusta lähtien Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, aluehallintoviranomaisten sekä Valviran valvonta ja seuranta (STM 2009, 123). Valviran (2012) neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää terveydenhuoltoa koskeva usean vuoden valvontaohjelma on erittäin yksityiskohtainen ja myös sanktioitu. Ensimmäisessä asetuksen toteutumista arvioineessa seurantatutkimuksessa vuonna 2009 tarkasteltiin kuntien valmiutta asetuksen 380/2009 toimeenpanoon. Tulokset osoittivat, että suurella osalla kunnista oli alkuvaiheessa vaikeuksia selvittää asetuksen toimeenpanosta. (Ståhl & Saaristo 2011, 5, 23.)

Taulukko 5. Lasten terveyden edistämisen ohjaus keskitetyn normiohjauksen palattua alkaen 2009

	Normiohjaus	Resurssiohjaus	Informaatio-ohjaus	Seuranta / arviointi	Lasten terveyden edistämisen ohjauksen luonnehdinta
Ohjausvälineet	<ul style="list-style-type: none"> * Kansanterveyslain muutos (L 928/2005) - asetuksenanto-valtuutus * 2009 asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta (VnA 380/2009; VnA 338/2011) - työn sisältö yksityiskohtaisesti ja kuntia velvoittavasti säädetty * 2010 Terveydenhuoltolaki (1326/2010) - velvoittava puitelaki, neuvolan ja kouluterveydenhuollon tehtävät 	<ul style="list-style-type: none"> * Laskennalliset, yleiset valtiosuudet * 2009 alkaen kohdennettu (ei ehdollinen) valtiosuus asetuksen 380/2009 toimeenpanon mahdollistamiseksi 	<ul style="list-style-type: none"> * 2002 Kouluterveydenhuollon opas (Stakes) * 2004 Lastenneuvolan opas (STM) * 2004 Kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM & Kuntaliitto) * 2009 asetuksen (VnA 380/2009) soveltamisohjeet STM * 2011 neuvolan ja kouluterveydenhuollon käsikirja, THL 	<ul style="list-style-type: none"> * 2012 Asetuksen (VnA 338/2011) toimeenpanon valvontaohjelma, Valvira - sanktioitu valvontaohjelma 	Keskitetyn kuntia voimakkaasti velvoittavan normiohjauksen paluu
Yhteen-veto	<ul style="list-style-type: none"> * Resurssit ja työn sisältö yksityiskohtaisesti ja kuntia velvoittavasti säädetty 	<ul style="list-style-type: none"> * Ammattikuntaکوhtainen kohdennettu resurssiohjaus (ei-velvoittava) 	<ul style="list-style-type: none"> * Lisääntyvä terveydenhoitotyötä tukeva informaatio-ohjaus 	<ul style="list-style-type: none"> * Sanktioitu yksityiskohtainen seurantajärjestelmä 	Neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon tehtävät ja työn sisältö kuntia velvoittavasti säädetty. Voimakkaasti velvoittavaa normiohjausta tuetaan resurssi- ja informaatio-ohjauksen sekä sanktoidun seurantajärjestelmän avulla.

Yhteenvetona lasten terveyden edistämisen ohjauksesta palvelukunnissa voidaan todeta, että vuonna 2009 lasten terveyden edistämisen ja samalla myös terveydenhoitotyön historiassa alkoi uusi **keskitetyn normiohjauksen ajanjakso**. Keskitetyn normiohjauksen paluu päätti 1970-luvulta alkaneen kehityskulun, jonka aikana terveydenhoitotyön ohjaus heikkeni vähitellen lähes olemattomaksi. 2000-luvun alussa kertyi vähitellen tutkimustietoa siitä, kuinka neuvolapalvelujen sekä kouluterveydenhuollon palvelujen laatu vaihteli kunnissa merkittävästi. Palvelujen erilaistuminen herätti keskustelun kansalaisten yhdenvertaisuudesta ja keskushallinnossa lähdettiin valmistelemaan informaatio-ohjausta velvoittavampaa normiohjausta neuvolatyön sekä kouluterveydenhuollon palvelujen vahvistamiseksi ja yhdenmukaistamiseksi. Vuonna 2009 annettiin kuntia velvoittava valtioneuvoston asetus (VnA 380/2009), jossa säädetään yksityiskohtaisesti lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksista sekä niiden sisällöstä. Samassa yhteydessä kunnille osoitettiin pysyvät valtiosuuden lisäykset lisähenkilöstön palkkaamiseksi ehkäisevään terveydenhuoltoon. Kuntia velvoittavan normiohjauksen tehostamiseksi keskushallinnossa myös valmisteltiin

neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon asetuksen sanktioitu valvontaohjelma. Terveystenhoitotyön hajautetun hallinnon ja informaatio-ohjauksen ajasta siirryttiin kerralla kuntia voimakkaasti velvoittavaan keskitettyyn normiohjauksen aikakauteen vuonna 2009. Ensimmäisen seurantaraportin mukaan asetuksen toimeenpano ei ole alkuvaiheessa sujunut kunnissa ongelmitta.

5.7. Yhteenveto lasten terveyden edistämisen kehityksestä valtion ohjauksessa

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut tutkia lasten terveyden edistämisen palvelujen kehitystä valtion ohjauksessa terveydenhoitotyön alkuvaiheista nykypäivään. Tutkimusaineistona on käytetty lasten terveyden edistämisen julkishallinnolliseen ohjaukseen liittyviä asiakirjoja, aiheeseen liittyviä tutkimuksia sekä kirjallisuutta. Lasten terveyden edistämisen ja sen valtakunnallisen ohjauksen vaiheet jaoteltiin kunnallishallinnon (Anttiroiko ym. 2003) sekä terveydenhoitotyön (Simoila 1994) kehitysvaiheita mukaillen viiteen ajanjaksoon, jotka nimettiin tässä tutkimuksessa seuraavasti: *Lasten terveyden edistämisen alkuvaiheet* - kiertävien hoitajien aika itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä 1880 - 1924, *Hajaannuksesta keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aikaan* – terveyssisarlaitos valtion paikallisviranomaisina toimivissa kunnissa 1924 – 1967, *Heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aika* - terveydenhoitotyö terveystakesuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja, *Hajautetun informaatio-ohjauksen aika* – terveydenhoitotyö itsehallinnollisissa palvelukunnissa 1990-luvulta 2000-luvun ensivuosisikymmenelle sekä *Keskitetyn normiohjauksen paluu* – lasten terveyden edistäminen palvelukunnissa 2009 alkaen.

Lasten terveyden edistämisen ja terveydenhoitotyön alkuvaihe ajoittuu kunnallishallinnon kehityksen alkuvaiheisiin 1900-luvun taitteeseen. Kiertävät hoitajat työskentelivät 1880-luvulta alkaen kansanterveysjärjestöjen aloitteesta ja niiden ohjauksessa itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä sairauksia ehkäisten ja väestöä valistaen. Kun kansan olemassaolo koettiin uhatuksi sotavuosien väestötappioiden jälkeen, väestöpolitiikan tavoitteeksi nostettiin äitien ja lasten terveyden edistäminen lapsikuolleisuuden vähentämiseksi. Terveystsisarlaitos nähtiin kansakunnan olemassaolon kannalta tärkeäksi väestöpolitiikan toteuttajaksi. (mm. Sorvettula 1998; Harjula 2007.) Kansanterveysjärjestöjen organisoima neuvola- ja kouluterveydenhuollon terveyssisarthyö saavutti legitiimin aseman vuonna 1944, kun kuntia voimakkaasti velvoittavat lait kunnallisista terveyssisarista (L 31.3.44/220) sekä äitiys- ja lastenneuvoloista (L 31.3.44/224) säädettiin. Tuolloin siirryttiin lasten terveyden edistämistyön hajaannuksesta keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aikaan. Keskitetyn ohjauksen aikana terveyssisarthyö sekä neuvoloissa että kouluissa laajeni ja vakiinnutti vähitellen asemansa merkittävänä osana terveydenhuoltojärjestelmää. Kuntien voidaan katsoa toimineen ky-

seisenä ajanjaksona valtion paikallisviranomaisen tavoin aina vuoteen 1971 saakka, kun neuvola- ja kouluterveydenhuollon palvelut velvoitettiin järjestämään säädösten mukaisesti yksityiskohtaisen keskitetyn normi, resurssi ja informaatio-ohjauksen keinoin. Voimakkaan keskityn ohjauksen avulla laajennetun ja vakikinnutetun neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveyssisäryön on katsottu suurelta osin vaikuttaneen suomalaisten lasten nopeaan terveydentilan kohenemiseen sotien jälkeen (esim. Komiteamietintö 1965, 30).

1960-luvulla kansanterveyslakia valmisteltaessa neuvolatyyppisen terveyden edistämisen menestystarinan haluttiin laajenevan koskemaan koko väestöä (Komiteamietintö 1965, 31). Kansanterveyslaki (L 28.1.72/66) tuli voimaan vuonna 1972, mutta velvoittavia säädöksiä terveyden edistämiseen liittyen ei katsottu tarvittavan, koska kunnat olivat aiemmin ylittäneet lakisääteiset velvoitteensa (Rimpelä 2010a; Rimpelä 2010b). Kansanterveyslain voimaantulosta alkaneen ajanjakson on yleisesti katsottu olleen voimakkaan keskitetyn ohjauksen aikaa. Lasten terveyden edistämisen osalta valtion ohjaus kuitenkin heikkeni oleellisesti, kun kansanterveyslaki kumosi terveydenhoitotyön aiemman ammattikunta-kohtaisen normiohjauksen. Terveydenhoitotyön asema mureni vähitellen keskushallinnon keventäessä ohjaustaan ja terveyskeskusten kehittäessä toimintaansa yhä enenevässä määrin sairaanhoitopainotteiseen suuntaan. 1990-luvun koko valtionhallintoa koskeneen suuren hallinnonuudistuksen myötä lasten terveydenedistämistyössä siirryttiin monien muiden palvelujen mukana hajautetun informaatio-ohjauksen aikakauteen. Hallinnonuudistuksessa päätösvalta terveyspalvelujen järjestämisestä hajautettiin kuntiin samalla kun tehtäväkohtaisista valtionosuuksista luovuttiin ja siirryttiin laskennallisiin valtionosuuksiin. Kun sitten kunnat ajautuivat laman aiheuttamiin talousvaikeuksiin eikä lasten terveyttä edistäviin palveluihin kohdistuvaa informaatio-ohjausta koettu kunnissa sitovaksi, resurssileikkaukset kohdistuivat monilta osin lasten ehkäiseviin terveyspalveluihin, jotka vähitellen rapautuvat. (mm. Rimpelä ym 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Mäki ym. 2008.)

2000-luvulle tultaessa havahduttiin neuvolan sekä kouluterveydenhuollon palvelujen erilaistumiseen ja lasten terveyttä edistävien palvelujen ohjauksen puutteellisuuteen. Pulmiin vastattiin säätämällä vuonna 2009 yksityiskohtainen ja kuntia voimakkaasti velvoittava asetus neuvolatoiminnasta sekä kouluterveydenhuollosta (VnA 380/2009), jonka tavoitteena on lasten ja nuorten ehkäisevän terveydenhuollon palvelujen yhdenmukaistaminen. Lasten terveyden edistämisen ohjauksen pääkohdat on koottu taulukkoon Lasten terveyden edistämisen valtiollinen ohjaus Suomessa 1880-luvulta 2010-luvulle (Taulukko 6, s. 75).

Taulukko 6. Lasten terveyden edistämisen valtiollinen ohjaus Suomessa 1880-luvulta 2010-luvulle

Ajanjakso / Ohjaus välineet	Kiertävien hoitajien aika itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä 1880 - 1923	Terveyssisarlaitos valtion paikallisviranomaisina toimivissa kunnissa 1924 - 1971	Terveydenhoitajat terveyskeskuksissa kuntien rakentaessa hyvinvointipalveluja 1972-1992	Terveydenhoitotyö itsehallinnollisissa palvelukunnissa 1993- 2008	Lasten terveyden edistäminen palvelukunnissa 2009 alkaen
Lasten terveyden edistämisen valtakunnallisen ohjauksen luonnehdinta	Ei valtiollista ohjausta, työnjohdollinen ohjaus kansanterveysjärjestöillä	Siirtyminen kansanterveysjärjestövetoisesta terveyssisar-työstä keskitettyyn kuntia voimakkaasti velvoittavaan normi- ja resurssiohjauksen aikaan - resurssit ja työn sisältö yksityiskohtaisesti ohjeistettu > Kunnilla velvollisuus järjestää lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto yhdenmukaisesti	Heikkenevän keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen aika - työn sisältö ohjeistettu, mutta resursseja ei > Kuntien vapaus järjestää lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto haluamallaan tavalla li- sääntyi.	Hajautetun hallinnon ja informaatio-ohjauksen aika - resursseja ja työn sisältöä ei velvoittavasti ohjeistettu, > Kunnilla vapaus järjestää lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto haluamallaan tavalla.	Keskitetyn kuntia voimakkaasti velvoittavan normiohjauksen paluu - resurssit ja työn sisältö yksityiskohtaisesti ohjeistettu > Kunnilla velvollisuus järjestää lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto yhdenmukaisesti
Normiohjaus	Ei lakeja	* 1944 detaljilaki kunnallisista terveyssisarista (L 220/44) - tehtävät, valvonta * 1944 detaljilaki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (L 224/44) * Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet	* 1972 Kansanterveyslaki (L66 /72) - puitelaki, lyhyt maininta neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta * Viisivuotissuunnitelmat * Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet vähenivät 1980-luvulla	* 1972 Kansanterveyslaki (L /72) - puitelaki, lyhyt maininta neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta	* 2005 Kansanterveyslain muutos (L 928/2005) - asetuksenantovaltuutus * 2009 Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta (VnA 380/2009; VnA 338/2011) - työn sisältö yksityiskohtaisesti ja velvoittavasti säädetty * 2010 Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) - puitelaki, neuvolan ja kouluterveydenhuollon tehtävät yksityiskohtaisesti määritelty
Resurssiohjaus	Ei resurssiohjausta kansallisesti, resurssit kansanterveysjärjestöiltä	* 1930-luvulta alkaen tehtäväkohtaiset valtionavustukset kouluterveydenhoitajien palkkaukseen * 1944 alkaen tehtäväkohtaiset valtionavustukset kunnallisten terveydenhoitajien palkkaukseen - asukasmäärään suhteutettu terveydenhoitajamäärä	* 1972 alkaen tehtäväkohtaiset valtionavustukset terveyskeskusten rakentamiseen ja resursointiin - ei ammattikuntaohjausta ohjauksista resurssien jakamisesta terveyskeskuksissa	* Laskennalliset, yleiset valtionosuudet * 2002 alkaen kohdennettu (ei ehdollinen) valtionosuus lasten ja nuorten hyvinvoinnin kohentamiseksi	* Laskennalliset, yleiset valtionosuudet * 2009 alkaen kohdennettu (ei ehdollinen) valtionosuus asetuksen 380/2009 toimeenpanon mahdollistamiseksi
Informaatio-ohjaus	Ei kansallista informaatio-ohjausta, työntekijöiden koulutus ja ohjeistus kansanterveysjärjestöiltä	(* 1924 kansanterveysjärjestön malliohjesääntö) * 1945 lääkintöhallituksen mallijohtosääntö * Lääninterveyssisarret valvojina ja ammatillisen tuen antajana	* Lääkintöhallituksen ohjekirjat lastenneuvolatoimintaan ja kouluterveydenhuoltoon	* 2002 Kouluterveydenhuollon opas * 2004 Lastenneuvolan opas * 2004 Kouluterveydenhuollon laatusuositus	* 2002 Kouluterveydenhuollon opas * 2004 Lastenneuvolan opas * 2004 Kouluterveydenhuollon laatusuositus * 2009 STM asetuksen soveltamisohjeet * 2011 terveydenhoitotyön käsikirja
Arviointi ja seuranta	Ei seurantaa kansallisesti	* Lääninterveyssisarret työn valvojina * Lääkintöhallituksen ohjeistuksen mukainen tilastointi ja raportointi	* Lääkintöhallituksen ohjeistuksen mukainen tilastointi ja raportointi * Seurantajärjestelmät purettiin 1980-luvulla	* Ei seurantaa	* 2012, Asetuksen (VnA 338/2011) valvonta-ohjelma, Valvira - asetuksen toimeenpanon yksityiskohtainen sanktioitu valvonta

6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut selvittää ja tehdä näkyväksi, miten valtion ohjaus on vaikuttanut lasten terveyden edistämisen kehitykseen Suomessa eri aikakausina. Tutkimuksessa kuvataan, miten valtio on ohjannut lasten terveydenedistämistyötä ja miten lasten terveyden edistäminen on kunnissa kehittynyt. Tutkimuksen perustana on kriittinen realismi, jonka mukaan on oleellista, että tutkija tunnistaa tutkittavan ilmiön kontekstit, prosessien kerroksellisuuden sekä niiden merkityksen prosesseille. (Niiranen 2006, 215.) Tässä tutkimuksessa lasten terveyden edistämisen ohjausta sekä käytännöntyön kehitystä on kuvattu ajallisessa ja yhteiskuntapoliittisessa kontekstissa, pyrkien huomiomaan niiden eri aikakausina muodostama erilainen merkitys tutkimuskohteelle. Tutkimuskohde on laaja ja sen aikaperspektiivi on pitkä, ja sitä voidaan kritisoida. Tutkimuksen tavoitteena ei kuitenkaan ole ollut luoda täsmällistä kuvausta lasten terveyden edistämisen kehityksestä ja siihen vaikuttaneista tekijöistä, vaan tavoitteena on ollut muodostaa käsitys valtion ohjauksen vaikutuksesta lasten terveyden edistämistyön kehittymiseen neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa.

Lasten terveyden edistäminen neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa sai alkunsa kansalaisjärjestöjen innovaatiosta ja toiminnasta 1900-luvun taitteessa (mm. Harjula 2007). Terveysisärlaitoksen lakisääteistämisen ja vuonna 1944 säädetyn veloittavan normi- ja resurssiohjauksen (L 31.3.44/220 ja L 31.3.44/224) taustalla olivat vahvat väestöpoliittiset motiivit lapsikuolleisuuden vähentämiseksi. Em. yhteiskunnallisessa kontekstissa lasten terveyden edistäminen, terveyssisäryön muodossa, laajeni ja vakiinnutti asemansa yhteiskunnassa ja terveydenhuoltojärjestelmässä voimakkaan valtiollisen ohjauksen avulla. Terveysisäryön näytöt sen alkuajoilta lähtien olivat kiistattomat. 1960-luvulla, kansanterveyslain valmisteluvaiheessa, menestyksekkääksi osoittautunut terveysisärytoiminta haluttiin ulottaa koko väestöön (Komiteamietintö 1965, 30). Kansanterveyslaista (L 28.1.72/66) säädettiin kuitenkin väljä puitelaki ja terveysisäryön ammattikuntakohtainen normiohjaus purettiin. Vakiintuneen lasten terveydenedistämistyön oletettiin jatkuvan ilman säädöspohjaa (Rimpelä 2010a; Rimpelä 2012b). Terveyskeskuksissa lasten terveyden edistäminen sulautui kuitenkin vähitellen osaksi muuta vastaanottotoimintaa, terveydenhoitajien asiakasmäärät lisääntyivät ja väestövastuu laajensi työtehtäviä samalla kun valtionohjausta kevennettiin edelleen. Vuoden 1993 hallinnonuudistuksen yhteydessä päätösvalta terveyspalvelujen järjestämisestä hajautettiin kuntiin ja valtionohjaus muuttui informaatio-ohjaukseksi. Valtionohjauksen velvoittavuuden heikennettyä asteittain lähes olemattomiin lasten terveydenedistämistyö kunnissa erilaistui ja rapautui. (mm. Rimpelä ym. 2006; Mäki ym. 2008; Hakulinen-Viitanen ym. 2008.) 2000-luvun alussa lasten terveydenedistämistyötä neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa lähdettiin voimallisesti jälleen

tukemaan ja uudistamaan säätämällä kuntia velvoittavat yksityiskohtaiset asetukset VnA 380/2009 ja VnA 338/2011.

Tämän tutkimuksen mukaan lasten terveydenedistämistyö on ollut kuin vuoristoradalla valtiollisen ohjauksen vaihdellessa äärestä laitaan terveydenhoitotyön reilun sadan vuoden historian aikana. On havahduttavaa, että julkisen palvelun valtiollisen ohjauksen ohjausvoima ja velvoittavuus on voinut vaihdella äärimmäisyydestä toiseen – keskitetystä tiukasta normiohjauksesta länsimaalaisittain äärimmäisen hajautettuun informaatio-ohjaukseen ja edelleen takaisin keskitettyyn erittäin yksityiskohtaisesti säädelyyn normiohjaukseen. Lasten terveydenedistämistyön valtiollisessa ohjauksessa on havaittavissa selkeä keskityksen ja hajautuksen vaihtelu, samoin kuin Temmeksen (2008) ja Kaarakaisenkin (2008) hallintojärjestelmää laajemmin koskevissa tutkimuksissa. Yksittäistä palvelua tarkasteltaessa hajautuksen ja keskityksen vaihtelu sekä sen vaikutukset palveluihin näyttäisi kuitenkin ilmenevän konkreettisemmin ja selkeämmin kuin hallintojärjestelmän laajemmassa tarkastelussa.

Valtion ohjauksen heikkous hajautetun informaatio-ohjauksen aikana edesauttoi lasten terveyden edistämisen palvelujen huomattavaa rapautumista neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa oletettavasti siksi, että terveydenhoitotyö ei ole professiona vahva (mm. Oulasvirta ym. 2002, 87). Terveydenhuoltojärjestelmän voimakkaat ammattikunnat, jotka ovat onnistuneet saamaan palveluilleen vahvan statuksen, lakisääteiset standardit ja korvamerkityt valtionavut, kykenevät pitämään puolensa terveydenhuoltojärjestelmän sisäisessä resurssien jaossa parhaiten (Harisalo ym. 1992, 122; Oulasvirta ym. 2002, 87.) Koska terveydenhoitotyö ja lasten terveyden edistäminen eivät suinkaan ole ainoa heikko professio julkisten palvelujen kentässä, olisi ohjauspolitiikassa myös Oulasvirran, Ohtosen ja Stenvallin (2002, 87) mukaan jollakin tapaa huomioitava se, että lopputulos voi olla heikon profession ja/tai kuntalaisryhmän kohdalta huono, kun kunnille jaetaan yleisluontoista valtionapua eikä velvoittavaa normiohjausta ole. Oulasvirta ym. (2002) ehdottavat omassa esityksessään yhtä ohjauksen laadun varmistavaa mallia, ns. tasapainoisen ohjauksen mallia. Tämän tutkimuksen perusteella voi yhtyä toiveeseen, että valtionohjausjärjestelmään liittyen olisi olemassa jonkinlainen laatu- tai kontrollijärjestelmä. On ymmärrettävää, että terveystalouden painopisteet vaihtelevat aikojen saatossa. Mielestäni voidaan kuitenkin perustellusti kysyä, eikö kaikkina aikoina kaikkien niiden peruspalvelujen toiminnot, joita halutaan ylläpitää, tulisi olla jollain tapaa koordinoituja ja valtakunnallisella tasolla säädelyä? Myös Simo Kokko (2002, 55) on todennut, että hajautettujen sosiaali- ja terveystalouden aikakaudellakin suunnittelun ja ohjauksen yleisten päämäärien tulisi olla koko maassa yhdenmukaiset ja selkeät, vaikka keinot päämäärien saavuttamiseksi olisivat kunnissa erilaisia.

Perustuslain (L 11.6.99/731) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveysterveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Ohjaus on hallinnon perusprosessi ja sen funktiona tulisi olla poliittisten päämäärien toteuttaminen julkisessa hallinnossa. Oulasvirran, Ohtosen ja Stenvallin (2002) sekä Stenvallin ja Syväjärven (2006) tutkimuksissa valtion informaatio-ohjaus näyttäytyi kuitenkin sattumanvaraisena ja jäsentymättömänä eikä sillä ollut yhteyttä toiminnan arviointiin tai poliittiseen päätöksentekoon. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset. Niirasen (2006, 205) mukaan hallinnollista ohjausta suunniteltaessa, ohjaavan tahon olisi tärkeä olla tietoinen ohjauksen lähtökohdista, ohjausmekanismien toimivuudesta ja ohjattavan organisaation toimintaprosesseista. Edellä mainittu perustuu siihen lähtökohtaan, että ohjaus on suunnitelmallista toimintaa. Sen luulisi olevan vähimmäisvaatimus silloin, kun kyseessä ovat kansalaisille tärkeät julkiset palvelut. Ohjauksen suunnitelmallisuutta pohdittaessa keskeiseksi nousee julkishallinnossa poliittisen ja hallinnollisen koneiston yhteispeli. Jos ja kun valtion tahto on politiikkaa ja sen toteutus hallintoa, kuinka varmistetaan riittävän pitkäjänteinen, laajakatseinen ja oikeusvarma ohjauspolitiikka niin, että palvelujen laatu ja määrä vastaavat kansalaisten tarpeita yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaisesti? Kyse on ensisijaisesti politiikan ja hallinnon välisistä suhteista sekä toimintakäytännöistä.

Oulasvirran tutkimusryhmän (2002), Stenvallin ja Syväjärven (2006) sekä myös tämän tutkimuksen tulokset herättävät kysymyksen siitä, kuinka julkishallinnon ohjausta voisi kehittää paremmin julkisten palvelujen todellisuuden ja kansalaisten tarpeet huomioon ottavaksi? Stenvallin ja Syväjärven tutkimuksessa keskushallinnon ohjaava taho sekä kuntien toimijat näyttivät puhuvan toistensa ohi, toista osapuolta oli vaikea ymmärtää. Hanssonin (2002) selvityksestä ilmeni myös keskushallinnon resurssivajaus. Resurssien lisäys ei näytä mahdolliselta sen paremmin keskushallinnossa kuin kunnissakaan, eikä se edes poistaisi yhteistyön puutetta. Yhteisen ymmärryksen lisäämistä kuitenkin tarvittaisiin kipeästi, koska kyseessä on yhteinen asia, kansalaisille tärkeiden julkisten palvelujen ohjaus ja toteutus. Kuten Niiranen (2006, 205) toteaa, ohjaavan tahon olisi tärkeää olla tietoinen ohjattavan organisaation toimintaprosesseista. Jotta julkisten palvelujen ohjaus toimisi tarkoituksenmukaisesti, tarvitaan yhteistä ymmärrystä, tarvitaan tietojen vaihtoa ja yhteistyötä. Ajantasainen yhteinen tieto- ja raportointijärjestelmä on välttämätön, samoin kuntien ja keskushallinnon vuoropuhelun lisääminen, jollain areenalla.

Vuosikymmenien kokemus Suomessa osoittaa, että normiohjauksen avulla voidaan toteuttaa mittavia reformeja. Toisaalta jäykkä normiohjaus ei kuitenkaan tue innovatiivisuutta eikä siinä myös voida huomioida paikallisia tai muuttuvia olosuhteita. Pelkällä informaatio-ohjauksella toiminta ei

puolestaan näytä ohjautuvan kansallisten prioriteettien mukaiseksi, eikä edes kunnan oman talouden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Melkas peräänkuuluttaa omassa esityksessään normiohjauksen ja informaatio-ohjauksen tasapainoa. (Melkas 2010, 52.) Mielenkiintoiseksi kysymykseksi nouseekin se, mikä olisi riittävä ohjausvoima ja ohjauksen velvoittavuus, jonka turvin myös heikkojen professioiden toteuttamat julkiset palvelut turvataan niin, että palvelujärjestelmä toimii tarkoituksenmukaisesti ja kansalaiset saavat laadukkaat ja yhdenmukaiset palvelut? Lasten terveydenedistämistyön ohjauksessa on edetty ääripäästä toiseen, jonkinlainen keskitie, normi- resurssi ja informaatio-ohjauksen yhdistelmä lienee tarkoituksenmukaisin ratkaisu, mutta yhtä ainoaa oikeaa vastausta tuskin löytyy, koska yhteiskunta ja yhteiskuntapolitiikka sen mukana muuttuvat jatkuvasti.

Temmes ennakoi vuonna 2008, että 1990-luvun hajauttamisen jälkeen odotettavissa oleva julkisen ohjauksen keskittäminen olisi erilaista kuin aiemmin. Hän arveli tuolloin, että uudentyyppisen keskittämisen tarve tulee liittymään asiantuntijavallan kasvuun, jolloin uutena ohjauksen keinona käytettäisiin esimerkiksi asiantuntijaverkostoja sekä arviointia. (Temmes 2008, 77.) Lasten terveyden edistämisen kohdalla tällainen vaihtoehto ei toteutunut. Normiohjauksen vahvistaminen oli 2000-luvun ensi vuosikymmenellä välttämätöntä lasten terveyden edistämisen palvelujen olemassaolon ja laadun varmistamiseksi. Vuonna 2009 siirryttiin kuitenkin neljän vuosikymmenen tauon jälkeen uudelleen erittäin tiukkaan ja yksityiskohtaiseen kuntia velvoittavaan normiohjaukseen. Kysyä lie-nee voi, kuinka erittäin yksityiskohtainen normiohjaus sopii yhä monimutkaistuvaan maailmaan?

Tarkasteltaessa asiaa ohjausteoreettisesta näkökulmasta, organisaatiot voidaan Sutherlandin mukaan jakaa neljään ideaalimalliin, joita ovat primitiivinen, byrokraattinen, kilpailullinen ja muotoutuva järjestelmä. Primitiivisessä järjestelmässä osat ja niiden väliset riippuvuudet ovat muuttumattomia, kun taas byrokraattinen järjestelmä muuttuu maltillisesti ja ennustettavasti. Kun byrokraattiseen järjestelmään vaikuttavat lainalaisuudet tunnistetaan, sitä voidaan ohjata keskitetysti tiedon, annettujen sääntöjen ja ohjeiden avulla. Kilpailullisen järjestelmän osat ja niiden väliset suhteet muuttuvat ennakoimattomasti. Tällöin ohjausvaltaa ja vastuuta on hajautettava, jotta järjestelmä kykenee vastaamaan ja sopeutumaan ympäristön haasteisiin. Muotoutuvien järjestelmien ominaispiirre on järjestelmän epämääräisyys, kun sekä järjestelmän osat että niiden väliset suhteet kehittyvät arvaamattomalla tavalla. Tällaisen järjestelmän päätöksenteon ja ohjauksen tulisi olla heuristista. (Härälä 2010, 187-188.) Julkishallinnon järjestelmää on vaikea vangita yhteen edellä mainituista ideaalimalleista, siinä lienee piirteitä kaikista muista paitsi primitiivisestä järjestelmästä. Varmaa kuitenkin on se, että terveydenhuoltojärjestelmä ei nyky-yhteiskunnassa toimi vain byrokraattisen järjestelmän tavoin, jolloin ohjauskeinona voisi onnistuneesti käyttää yksinomaan jäykkää yksityiskohtaista normiohjausta. 2000-luvun alussa lasten terveyden edistämisen normiohjauksen vahvistami-

nen oli välttämätöntä. Erittäin yksityiskohtaisen normituksen toimivuutta voi kuitenkin epäillä pidemmällä tähtäimellä. Nykyisen normiohjauksen toimivuutta olisikin syytä tarkastella määrääjoin, sillä nyky-yhteiskunta toimii muotoutuvan järjestelmän tavoin, jossa osat ja niiden väliset suhteet kehittyvät jokseenkin arvaamattomasti. Terveystiedon edistämistyöstä kertyy uutta tutkimustietoa jatkuvasti ja terveydenhoitajat kohtaavat arkityössään neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa uusia ilmiöitä tämän tästä. Näin ollen palvelujärjestelmän ei tulisi olla niin jäykkä, ettei se kykene vastaamaan ympäristön muuttuviin haasteisiin. Järjestelmältä edellytetään yhä monimutkaistuvassa yhteiskunnassa responsiivisuutta, mahdollisuutta ajantasaiseen ja luotettavaan tietojen vaihtoon, jotta ohjaavat ja ohjattavat voisivat toimia omassa tehtävässään yhteiseksi parhaaksi parhaalla mahdollisella tavalla, yhteistyössä.

Tämä tutkimusmatka lasten terveystiedon edistämisen ohjaukseen ja terveydenhoitotyön kehitykseen on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen seikkailu julkishallinnon maailmaan. Kun kirjoitin tutkimuksen alkuun julkishallinnon ohjauksesta, että ”käytännössä tapahtumasarja, jossa poliitikot tekevät rationaalisia päätöksiä ja virkamiehet toteuttavat ne automaattisesti sellaisenaan, ei ole realistinen”, en voinut kuvitella kuinka epärationaaliselta julkishallinnollinen ohjaus saattaa vaikuttaa, kun sitä tarkastelee yhden julkisen palvelun toiminnon näkökulmasta pidemmällä aikavälillä. Laajemmasta näkökulmasta katsottuna kulloinkin tehdyillä ratkaisuilla on kuitenkin perusteensa ja ne on tehty kussakin tilanteessa parhaaseen käytettävissä olleeseen tietoon perustuen.

Tutkimukseni äärellä mieleen on noussut lukuisia uusia kysymyksiä julkishallinnon toiminnasta ja sen käytännöistä. Ohjausteoreettista tutkimusta olisi erittäin kiintoisaa jatkaa, erityisesti ohjauspolitiikan muotoutuminen poliittis-hallinnollisessa kontekstissa olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde. Stenvallin ja Syväjärven (2006) tapaan olisi myös kiintoisaa tarkastella ja vertailla eri hallinnonaloilla vallitsevia ohjauskäytäntöjä ja niiden onnistuneisuutta. Julkisten palvelujen johtamisen näkökulmasta olisi erittäin mielenkiintoista selvittää, kuinka lasten terveystiedon edistämistyön muutos hajautetun hallinnon mahdollistaneista hyvin erilaisista käytännöistä keskitetysti ja yksityiskohtaisesti ohjattuun toimintaan on johdettu? Millaisia haasteita muutoksen johtamiseen on liittynyt ja miten siinä on onnistuttu? Empiirisiä havaintoja arkityössäni terveydenhuollon johtotehtävissä aiheesta on kertynyt kyllä.

LÄHTEET

- Ahlstedt, Leo, Jahnukainen Iiro & Vartola, Juha 1974. Organisaatio ohjausjärjestelmänä julkisessa hallinnossa. *Ekonomia-sarja 33*. Helsinki: Weilin+Göös kirjapaino Oy.
- Airaksinen, Timo 1993. Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*. Airaksinen, Timo (toim.) Helsinki: Yliopistopaino, 19-60. 3. painos.
- Anttiroiko, Ari-Veikko, Haveri, Arto, Karhu Veli, Ryynänen, Aimo, Siitonen, Pentti 2003. Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. *Kunnallistutkimuksia*. Tampereen yliopisto, Kunnallistieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Apulaisoikeuskansleri 2007. Jonkka, Jaakko. Apulaisoikeuskanslerin päätös kouluterveydenhuollon toteutumisesta. Dnro 6/50/06. Päätös 13.2.2007.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere: Gummerus Kirjapaino Oy. 6. painos
- Etelälahti, Pekka, Kiviniemi, Markku, Strömberg, Erkki & Vehkamäki, Pirjo 2008. Valtionhallinnon perusteet. HAUS kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Haarala, Päivi, Honkanen, Hilka, Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. Terveystieteiden osaaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja 2005. Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Pelkonen, Marjaana, Saaristo, Vesa, Hastrup, Arja & Rimpelä, Matti 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007 – Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21/2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy,
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana 2009. Lastenneuvola lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna, Karvonen, Sakari & Ahlsröm, Salme (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 152-161.
- Hansson, Aino-Inkeri 2002. Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta - Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Harisalo, Risto 2010. Organisaatioteoriat. Tampere University Press. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Harisalo, Risto, Aarrevaara, Timo, Stenvall, Jari & Virtanen, Petri 2007. Julkinen toiminta - julkinen politiikka. Tampere University Press. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Harisalo, Risto, Keski-Petäjä, Timo & Talkkari, Antti 2006. Otin kynän kynsihini - Ohjeita tutkimuksen tekijöille. Tampereen yliopisto Hallintotiede 2002 B 10. Tampere: Tampereen yliopisto, Juvenes Print. 3. painos.

- Harisalo, Risto, Rajala, Tuija & Ståhlberg, Risto 1992. Kunnallispolitiikka. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Harjula, Heikki & Prättälä Kari 2007. Kuntalaki – Taustat ja tulkinnat. Talentum. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 7. uudistettu painos.
- Harjula, Minna 2006. Suomalainen terveystalitiikka 1900-luvulla: muuttuvat uhkat ja ratkaisut. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43, 101-110.
- Harjula, Minna 2007. Terveysten jäljillä - suomalainen terveystalitiikka 1900-luvulla. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Heikkilä, Matti 2004. Ohjauksen tarve ja tulevaisuus sosiaali- ja terveystenhuollossa. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveystenhuollon palvelukatsaus 2005. Sosiaali- ja terveystalan kehittämisen- ja tutkimuskeskus. Saarijärvi: Gummerus, 206-212.
- Henry C. 1994. Professional behaviour and the organization. Teoksessa Chadwick, Ruth (toim.) Ethics and the professions. Aldershot: Avebury, 145-155.
- Heuru, Kauko, Mennola, Erkki, Ryyriänen Aimo 2011. Kunta – Kunnallisen itsehallinnon perusteet. Tampere University Press. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. 2. uudistettu painos.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Hoeyer, KL., Krasnik, A. & Vallgård, S. 2010. Governance, management and regulation of health system organizations. Teoksessa Vallgård, S. & Krasnik, A. (toim.) Health services and health policy. Copenhagen: Gyldendal Akademisk, 53-87.
- Häkkinen, Unto & Lehto, Juhani 2005. Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care. Journal of Health Politics, Policy and Law 30:1-2, 79-96.
- Häyry Heta & Häyry Matti 1994. The nature and role of professional codes in modern society. Teoksessa Chadwick, Ruth (toim.) Ethics and the professions. Aldershot: Avebury, 136-144.
- Karakainen, Minna 2008. Hajauttaminen valtion ja kuntien välisissä suhteissa 1945 - 2015 - Valtiolisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveystenhuoltoa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 153. Terveysthallinnon ja -taluuden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kaila, Minna 2010. Perusterveystenhuolto – mitä se on?. Teoksessa Muurinen, Seija, Nenonen, Mikko, Wilskman, Kaarina & Agge, Eva (toim.) Uusi terveystenhuolto - Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki: Edita Oy, 15-20.
- Kivimäki, Hanne, Saaristo, Vesa, Kosunen, Elise, Rimpelä, Arja, Wiss, Kirsi & Rimpelä, Matti 2007. Kouluterveystenhuollon käynnit 1994-2005 – Toteutuiko tasa-arvo terveystkeskusten välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 207-215.
- Kokko, Simo 2002. Vuosikymmen palveluiden hajautettua suunnittelua. Teoksessa Sosiaali- ja terveystenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes, Raportteja 268/2002. Helsinki, 48-59.
- Komiteamietintö 1965. Kansanterveyskomitean mietintö 1965 : B 72. Helsinki 1965.

Komiteamietintö 1969. Kansanterveystoimikunnan mietintö 1969 : A 3. Helsinki 1969.

Koponen, Päivikki, Hakulinen Tuovi & Pietilä, Anna-Maija 2002. Terveysten edistämisen palveluja asiakkaille. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija, Hakulinen, Tuovi, Hirvonen, Eila, Koponen, Päivikki, Salminen Eeva-Maija & Sirola, Kirsi (toim.) Terveysten edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 78-130.

Krasnik, Allan 2010. Reforms and reform processes. Teoksessa Vallgård, S. & Krasnik, A. (toim.) Health services and health policy. Copenhagen: Gyldendal Akademisk, 113-131.

Kuusela, Pekka 2006. Realismi, kriittinen realismi ja sosiaalitieteet. Teoksessa Kuusela, Pekka & Niiranen, Vuokko (toim.) Realismin haaste sosiaalitieteissä. Suomi: Oy UNIPress Ab, 9-22.

Latvala Eila & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21-43.

Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 1995. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter 1999. 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveystoiminnan suunta. Yhteiskuntapolitiikka 64:3 (1999), 207-221.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter 2000. Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveystoiminnassa. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, Raportteja 250 /2000. Helsinki, 161 - 184.

Lehto, Markku 2009. Terveystoiminnan ohjausta puoli vuosisataa. Sosiaali- ja terveystoiminnan aikakauslehti 46, 208-210.

Leppo, Kimmo 2010. Rakenteellisesta terveystoiminnasta HiAP:iin - mikä muuttui Suomessa 1970 - 2010? Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 35-44.

Lääkintöhallitus 1993. Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Helsinki: Painatuskeskus.

Matilainen, Dahly 2001. Aatehistoriallinen tutkimussuuntaus hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 208-237.

Mattila, Jukka 2010. Lainsäädäntö perusterveydenhuollon kehittämisen tukena. Teoksessa Muuri-
nen, Seija, Nenonen, Mikko, Wilskman, Kaarina & Agge, Eva (toim.) Uusi terveydenhuolto - Hoi-
totyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidotaliitto. Helsinki: Edita Oy, 161-167.

Maxwell, Joseph A. 2012. A Realist Approach for Qualitative Research. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Melkas, Tapani 2010. Kunnat terveyden edistäjinä - informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 45-53.

Mäki, Päivi, Laatikainen, Tiina, Koponen, Päivikki, Hakulinen-Viitanen, Tuovi & LATE-työryhmä 2008. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen - LATE-hanke. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 28/2008. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Mäki, Päivi, Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Kaikkonen, Risto, Koponen, Päivikki, Ovaskainen, Marja-Leena, Sippola, Risto, Virtanen, Suvi & Laatikainen, Tiina 2010. Lasten terveys - LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Määttä, Pentti 1999. Filosofia - Johdatus peruskysymyksiin. Jyväskylä: Gaudeamus, Gummeruksen kirjapaino Oy.

Niemelä, Mikko & Saarinen Arttu 2008. Monimutkaisen järjestelmän hidas muutos - Miten ja miksi valtionosuusjärjestelmää on uudistettu 1970-luvulta lähtien? Hallinnon tutkimus 27:2, 82-86.

Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Maritta & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215-221.

Niiniluoto, Ilkka 1999. Johdatus tieteenfilosofiaan – käsitteen- ja teorianmuodostus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava. 2. nidottu painos.

Niiniluoto, Ilkka 2006. Kriittinen tieteellinen realismi. Teoksessa Kuusela, Pekka & Niiranen, Vuokko (toim.) Realismin haaste sosiaalitieteissä. Suomi: Oy UNIPress Ab, 23-44.

Niiranen, Vuokko 2006. Johtamisen kausaaliset voimat ja mekanismit. Teoksessa Kuusela, Pekka & Niiranen, Vuokko (toim.) Realismin haaste sosiaalitieteissä. Suomi: Oy UNIPress Ab, 193-218.

Ollila, Eeva 2004. Terveys politiikkojen ristiaallokossa. Teoksessa Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen - Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakes Aiheita 8/2004. Helsinki: Stakesin monistamo, 11-17.

Oulasvirta, Lasse, Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus – Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Parker J. 1994. Moral philosophy – another 'disabling profession'? Teoksessa Chadwick, Ruth (toim.) Ethics and the professions. Aldershot: Avebury, 27-41.

Pawson, Ray & Tilley, Nick 1998. Realistic evaluation. London: Sage Publications.

Pelkonen, Marjaana, Hakulinen, Tuovi & Perälä, Marja-Leena 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatutkimus: analyysi Suomessa vuosina 1990-2003 tehdyistä tutkimuksista. Hoitotiede 17:1, 43-53.

Perttilä, Kerttu 1999. Terveystieteen edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes, Tutkimuksia 103. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus ja Kuopion yliopisto. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Perttilä, Kerttu, Koponen, Päivikki & Suominen, Heikki 1999. Terveystieteen edistämisen strategiat kunnallisessa politiikassa – asiakirjojen sisällön analyysi 1985 – 1996. Yhteiskuntapolitiikka 64: 5-6 (1999), 453-464.

Pesso, Kaija 2004. Terveystieteenhoitotyön viitekehys tutkimuskohteena. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 1005. Tampere: Tampere University Press.

- Rimpelä, Matti 2002. Kouluterveydenhuolto - sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän arviointia. Teoksessa Oulasvirta, Lasse, Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari (toim.) Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus – Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy, 119-123.
- Rimpelä, Matti 2004. Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Teoksessa Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen - Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakes Aiheita 8/2004. Helsinki: Stakesin monistamo, 53-90.
- Rimpelä, Matti 2005. Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 42, 261-265.
- Rimpelä, Matti 2010a. Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 11-32.
- Rimpelä, Matti 2010b. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 35-44.
- Rimpelä, Matti, Happonen, Hanna, Saaristo, Vesa, Wiss, Kirsi & Rimpelä, Arja 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2009. Stakes, Raportteja 40/2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy.
- Rimpelä, Matti, Rigoff, Anne-Marie, Wiss, Kirsi & Hakulinen-Viitanen, Tuovi 2006. Seulontatutkimukset 3-7 -vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa – Kyselytutkimus terveystarkastuksille huhtitoukokuussa 2006. Stakes, Työpapereita 17/2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy.
- Rimpelä, Matti, Wiss, Kirsi, Saaristo, Vesa, Kivimäki, Hanne, Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja 2005. Kouluterveydenhuolto, syksy 2005 – peruseräraportti kyselystä terveystarkastusjohtajille. Stakes.
- Rimpelä, Matti, Wiss, Kirsi, Saaristo, Vesa, Happonen, Hanna, Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano. Stakes, Työpapereita 32/2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy.
- Ruski, Salme 2002. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa Terho, Pirjo, Ala-Laurila, Eija-Liisa, Laakso, Juhani, Krogerius Hillevi & Pietikäinen, Matti (toim.). Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 48-53.
- Salminen, Ari 1998. Hallintotiede - organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Hallinnon kehittämisen keskus. Helsinki: Edita Oy. 3. painos.
- Seeck, Hannele 2008. Johtamisopit Suomessa - Taylorismista innovaatioteorioihin. Gaudeamus Helsinki University Press. Tampere: Esa Print Oy.
- Siivola, Ulla 1985. Terveystietä kansanterveystyössä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Porvoo: WSOY.

Simoila, Riitta 1994. Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Stakes, Tutkimuksia 48. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen, Jari 1994. Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Kuopio: Terveysthallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto.

Sorvettula, Maija 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002 – Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes oppaita 2002:51...

Stenvall, Jari & Syväjärvi Antti 2006. Onks tietoo? - Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtionvarainministeriö, Hallinnon kehittämissosasto Tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM ja Kuntaliitto 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena - Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14.

STM 2007. Seulontaohjelmat - Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:5. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja ehkäisevä suun terveydenhuolto - Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Ståhl, Timo & Saaristo, Vesa 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009 - Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 21/2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Unigrafia Oy.

Tallberg, Marianne 1997. Historiantutkimusmenetelmä. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 187-204.

Temmes, Markku 2008. Suomen hallintopolitiikan pitkät aallot ja käännekohdat. Hallinnon tutkimus 27:3, 69-79.

Teperi, Juha 2004. Mikä ohjaa suomalaista terveystpolitiikkaa - vai ohjaako mikään? Teoksessa Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystpolitiikkaan - Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakes Aiheita 8/2004. Helsinki: Stakesin monistamo, 18-20.

Terho, Pirjo 2002. Kouluterveydenhuollon historiaa. Teoksessa Terho, Pirjo, Ala-Laurila, Eija-Liisa, Laakso, Juhani, Krogerius Hillevi & Pietikäinen, Matti (toim.). Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 12-17.

- Terho, Pirjo 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho, Pirjo, Ala-Laurila, Eija-Liisa, Laakso, Juhani, Krogerius Hillevi & Pietikäinen, Matti (toim.). Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 18-22.
- Terho, Pirjo, Ala-Laurila, Eija-Liisa, Laakso, Juhani, Krogerius Hillevi & Pietikäinen, Matti 2002. Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.
- Terho, Pirjo & Vakkilainen, Eeva-Liisa. / Stakes 1993. Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Oppaita 16. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Turner, Mark & Hulme, David 1997. Governance, Administration & Development - Making the State Work. Hampshire: Palgrave.
- Töttö, Pertti 2004. Syvällistä ja pinnallista - Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Vastapaino. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Töttö, Pertti 2006. Kriittinen realismi ja sosiaalitieteiden menetelmät. Teoksessa Kuusela, Pekka & Niiranen, Vuokko (toim.) Realismin haaste sosiaalitieteissä. Suomi: Oy UNIpress Ab, 45-76.
- Uusitalo, Hannu 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Helsinki: WSOY.
- Vallgård, Signild 2010a. Health policy. Teoksessa Vallgård, S. & Krasnik, A. (toim.) Health services and health policy. Copenhagen: Gyldendal Akademisk, 37-51.
- Vallgård, Signild 2010b. Health systems - Central concepts and definitions. Teoksessa Vallgård, S. & Krasnik, A. (toim.) Health services and health policy. Copenhagen: Gyldendal Akademisk, 9-35.
- Valvira 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto – Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. Valvontaohjelmia 1:2012. Valvira Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Helsinki.
- Vartola, Juha 2004. Näkökulmia byrokratiaan. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Vedung, Evert 2000. Public Policy and Program Evaluation. New Jersey: Transaction publishers.
- Virtanen, Petri & Stenvall, Jari 2010. Julkinen johtaminen. Tallinna: Tietosanoma.
- Vohlonen, Ilkka 1998. Suomalainen terveystieteiden politiikka. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Vuorenkoski, Lauri, Mladovsky, Philipa & Mossialos, Elias 2008. Finland - Health System Review. Health Systems in Transition 10:4, 1-168.
- Vuori, Jari 2007. Terveystieteiden ja hallinnon käsitteet. Teoksessa Vuori, Jari (toim.) Terveystieteet ja johtaminen - Terveystieteiden tutkimus terveydenhuollon työyhteisöissä. Porvoo: WSOY, 34-73.
- Wrede, Sirpa 2000. Suomalainen terveydenhuolto – Jännitteitä ja murroksia. Teoksessa Kangas, Ilkka, Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.) Terveystieteiden suuntauksia. Gaudeamus. Helsinki: Yliopistopaino, 189-205.

Lait ja asetukset

L 31.3.1944/220. Laki kunnallisista terveyssisarista.

L. 31.3.1944/224. Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

L 17.3.1995/365. Kuntalaki.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

L 25.11.2005/928. Laki kansanterveyslain muuttamisesta.

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.

VnA 28.5.2009/380. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

VnA 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

LIITTEET

LIITE 1. Lasten terveyden edistämistä ohjaavat lait ja asetukset sekä keskushallinnon ohjeistukset

Lait ja asetukset

L 31.3.1944/220. Laki kunnallisista terveyssisarista.

L. 31.3.1944/224. Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

L 25.11.2005/928. Laki kansanterveyslain muuttamisesta.

L 30.12.2010/1326. Terveysdenhuoltolaki.

VnA 28.5.2009/380. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

VnA 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

Keskushallinnon ohjeistukset

Lääkintöhallitus 1993. Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7.

Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002 – Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes oppaita 2002:51.

STM ja Kuntaliitto 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8.

STM 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena - Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14.

STM 2007. Seulontaohjelmat - Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:5.

STM 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja ehkäisevä suun terveydenhuolto - Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.

Terho, Pirjo & Vakkilainen, Eeva-Liisa. / Stakes 1993. Kouluterveydenhuollon tukimateriaali. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Oppaita 16.

Valvira 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto – Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. Valvontaohjelmia 1:2012.

LIITE 2. Lasten terveyden edistämistyötä kuvaavat tutkimukset ja selvitykset tässä tutkimuksessa

Apulaisoikeuskansleri 2007. Jonkka, Jaakko. Apulaisoikeuskanslerin päätös kouluterveydenhuollon toteutumisesta. Dnro 6/50/06. Päätös 13.2.2007.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Pelkonen, Marjaana, Saaristo, Vesa, Hastrup, Arja & Rimpelä, Matti 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007 – Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21/2008.

Harjula, Minna 2007. Terveyden jäljillä - suomalainen terveystoiminta 1900-luvulla.

Mäki, Päivi, Laatikainen, Tiina, Koponen, Päivikki, Hakulinen-Viitanen, Tuovi & LATE-työryhmä 2008. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen - LATE-hanke. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 28/2008.

Mäki, Päivi, Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Kaikkonen, Risto, Koponen, Päivikki, Ovaskainen, Marja-Leena, Sippola, Risto, Virtanen, Suvi & Laatikainen, Tiina 2010. Lasten terveys - LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2010.

Pesso, Kaija 2004. Terveystoiminnan viitekehys tutkimuskohteena. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1005.

Rimpelä, Matti 2002. Kouluterveydenhuolto - sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän arviointia. Teoksessa Oulasvirta, Lasse, Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari (toim.) Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus – Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19.

Rimpelä, Matti, Happonen, Hanna, Saaristo, Vesa, Wiss, Kirsi & Rimpelä, Arja 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2009. Stakes, Raportteja 40/2008.

Rimpelä, Matti, Rigoff, Anne-Marie, Wiss, Kirsi & Hakulinen-Viitanen, Tuovi 2006. Seulontatutkimukset 3-7 -vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa – Kyselytutkimus terveystieteiden tutkimuskeskuksille huhtitoukokuussa 2006. Stakes, Työpapereita 17/2006.

Rimpelä, Matti, Wiss, Kirsi, Saaristo, Vesa, Kivimäki, Hanne, Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja 2005. Kouluterveydenhuolto, syksy 2005 – peruseräraportti kyselystä terveystieteiden johtajille. Stakes.

Rimpelä, Matti, Wiss, Kirsi, Saaristo, Vesa, Happonen, Hanna, Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano. Stakes, Työpapereita 32/2007.

Siivola, Ulla 1985. Terveystoiminnan kansanterveystoiminnassa. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Simoila, Riitta 1994. Terveystoiminnan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Stakes, Tutkimuksia 48. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Sorvettula, Maija 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Ståhl, Timo & Saaristo, Vesa 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009 - Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 21/2011.

Vuorenkoski, Lauri, Mladovsky, Philipa & Mossialos, Elias 2008. Finland - Health System Review. Health Systems in Transition 10:4, 1-168.